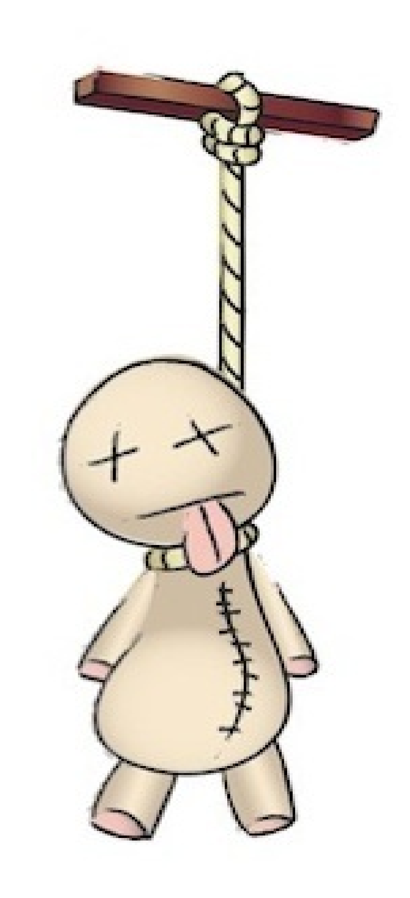
Boris Cyrulnik

Cuando un niño se da «muerte»

RESILIENCIA





Boris Cyrulnik

Cuando un niño se da «muerte»

Colección
Psicología Social / Resiliencia

Editorial Gedisa

RESILIENCIA

La resiliencia designa la capacidad humana de superar traumas y heridas. Las experiencias de huérfanos, niños maltratados o abandonados, víctimas de guerras o catástrofes naturales, han permitido constatar que las personas no quedan encadenadas a los traumas toda la vida, sino que cuentan con un antídoto: la resiliencia. No es una receta de felicidad, sino una actitud vital positiva que estimula a reparar daños sufridos, convirtiéndolos, a veces, hasta en obras de arte.
Pero la resiliencia difícilmente puede brotar en la soledad. La confianza y solidaridad de otros, ya sean amigos, maestros o tutores, es una de las condiciones para que cualquier ser humano pueda recuperar la confianza en sí mismo y su capacidad de afecto. La serie Resiliencia tiene como objetivo difundir las experiencias y los descubrimientos en todos los ámbitos en los que el concepto está abriendo nuevos horizontes, tanto en psicología y asistencia social como en pedagogía, medicina y gerontología.

GUADALUPE ACLE TOMASINI (COORD.)
Resiliencia en educación especial
Una experiencia en la escuela regular

JORGE BARUDY Y MARYORIE DANTAGNAN
La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil
Manual de técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia

NATHALIE CHARPAK
Bebescanguros
El recién nacido y su contacto con la madre

BORIS CYRULNIK
Me acuerdo...
El exilio de la infancia

JOSÉ ÁNGEL GIMÉNEZ ALVIRA
Indómito y entrañable
El hijo que vino de fuera

BORIS CYRULNIK
Autobiografía de unespantapájaros
Testimonios de resiliencia: el retorno a la vida

Cuando un niño se da «muerte»

Boris Cyrulnik



Prefacio

Pensar lo impensable o *Comprender lo incomprensible* hubieran podido ser los títulos de este estudio inédito sobre el suicidio de los niños. Nuestras sociedades contemporáneas apenas empiezan a entrever la sombría tragedia que tiene lugar bajo nuestros ojos desde hace ya algunos años. No podía ser de otro modo, pues ¿cómo imaginar, cómo concebir, cómo empezar incluso a pensar o a esbozar una teoría sobre este homicidio de sí mismos, este autoasesinato en pequeños de sólo 7, 8 o 9 años? Estos niños tienen, por definición, toda la vida por delante. Y, sin embargo, deciden poner fin a sus días.

En estas últimas semanas, los diarios lo han puesto en primera plana. Empieza a caer un tabú. Es imposible ignorar que el suicidio, esa plaga que se instala solapadamente en la vida psíquica de los individuos, es la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 16-25 años, inmediatamente después de los accidentes de circulación. Pero hasta ahora, nadie había osado abordar, ni siquiera tocar superficialmente, esta triste realidad del suicidio de los niños, optando a menudo por negarla, disimulándola detrás de «juegos peligrosos», como el juego del fular. Sí, el suicidio afecta también a los más pequeños, los niños, los preadolescentes.

Elegir a Boris Cyrulnik para desbrozar este tema complejo resultaba obvio. Por sus trabajos como *Les vilains canards* (*Los patitos feos*, Barcelona, Gedisa, 2001), *Parler d'amour au bord du gouffre* (Hablar de amor al borde del abismo) o *Un merveilleux malheur* (Una maravillosa desgracia), él era la persona ideal para abordar lo que no es sino dolor, para tratar de prevenir esta catástrofe y curar a las familias que han conocido un drama semejante. Soy una privilegiada por haber podido encontrarme con este hombre brillante, cultivado, humanista, sabio, que encarna una forma de amor universal. Su sola presencia, sus palabras calman los sufrimientos. No fue para mí una sorpresa sino un honor que aceptara trabajar sobre este tema a cambio de nada. En una sociedad de egoístas, un hombre ha sabido demostrar que había que tener esperanzas.

La idea de publicar un informe encargado por la ministra de la Juventud en una gran editorial como Odile Jacob, con una muy amplia difusión, mostraba una

voluntad deliberada y fuerte de decir que todos podemos ser algún día actores de la prevención del suicidio si sabemos leer y traducir los indicadores, los signos del mal que nuestros niños dejan entrever. Como lo escribe Boris Cyrulnik, si una colleja puede empujar a un niño a un acto mortal, otra puede preservarlo de él. Estoy convencida de que la lectura de este libro notable permitirá salvar vidas.

Estoy convencida también de que este trabajo era vital para prevenir el sufrimiento de los niños que, por desesperación, a falta de ser escuchados por los adultos, actúan de forma arriesgada (juegos peligrosos, cruzar la calle corriendo...) hasta llegar al previsible accidente fatal. Ya que si bien se suelen contar menos de cincuenta suicidios de niños por año, este dato bruto no revela en absoluto el malestar de los niños. Las tentativas de suicidio, las ideas suicidas, las conductas suicidas, por ejemplo, no se contabilizan, cuando son muy numerosas. El 40 % de los niños piensa en la muerte, por sentirse ansiosos y desgraciados.

El trabajo inédito realizado por Boris Cyrulnik mediante un abordaje pluridisciplinar, recurriendo tanto a la neurobiología, la bioquímica y la psicología como a otras disciplinas, nos ilustra, nos permite comprender que los factores de fragilidad se determinan muy tempranamente, en las últimas semanas del embarazo. La misma audacia que encontramos en el método, la encontramos igualmente en las soluciones propuestas para superar el sufrimiento de estos niños, cuyo origen es a menudo traumático y se remonta a la primera infancia, incluso *in utero*.

Las propuestas formuladas por Boris Cyrulnik, enriquecidas por sus múltiples estratos, nos dan esperanza. Las pistas que nos aporta se refieren tanto a la calidad de las formaciones recibidas en la primera infancia como a la creación de lugares de escucha, así como el retorno a una cultura de los clubes en los barrios.... Todas estas medidas son realizables a corto y medio plazo. Lejos de exigir medios financieros considerables, dependen sólo de nuestra voluntad de considerar de forma sistémica una realidad terrorífica. De modo que todos nosotros podemos, desde ahora, ser actores en la prevención del suicidio de los niños. El amor, el afecto, los lazos familiares, la escucha de los adultos, pueden constituir protecciones eficaces y científicamente demostradas frente al suicidio. Creo que el mensaje más importante que tenemos que extraer del notable trabajo realizado por Boris Cyrulnik, con independencia de su rigor científico y de su humanidad, es que la historia nunca está escrita.

JEANNETTE BOUGRAB
Secretaria de Estado encargada de la Juventud
y de la Vida Asociativa en Francia

1. Apego y sociedades

¿Cómo saber?

Cuando un niño se da muerte, ¿se trata de un suicidio? El asesinato de sí mismo no es cosa fácil de pensar. Cada época, cada cultura, ha interpretado de un modo distinto este hecho: tolerado por Platón, condenado por Aristóteles, valorizado por la Antigüedad romana, vivamente estigmatizado por la cristiandad y otros monoteísmos, pecado mortal para la Iglesia, que torturaba los cuerpos de los suicidados, y sabiduría, según Erasmo, de quienes se dan la muerte por estar hastiados de la vida.

Hasta el Siglo de las Luces el suicidio no llegó a ser tema de debate. Jean-Jacques Rousseau defiende el derecho a librarse de la vida, mientras que los curas se empeñan en hacer de ello un tabú.[1] Por supuesto, fue Émile Durkheim, el fundador de la sociología, quien planteó el problema en términos actuales: «El suicidio es únicamente un problema social»,[2] algo que para un psicólogo no es falso pero sí muy insuficiente.

Este fenómeno es todavía más difícil de observar y comprender cuando se trata de un niño. ¿Cómo concebir que un pequeño de 5 a 12 años de edad se mate, se dé muerte, lleve a cabo un homicidio de sí mismo, un autoasesinato...? No sé ni cómo decirlo.

Cuando un preadolescente se da muerte, ¿qué es lo que se da? ¿Opta por un final de vida irremediable o una violencia autodestructiva, como aquellos niños que se golpean la cabeza contra el suelo, se muerden o se arañan el rostro? ¿Quiere tan sólo dar lástima a quienes le rodean? ¿Sufre de una voluntad impulsiva de aliviarse de una tensión emocional insoportable? Todas estas emociones distintas pueden darse. De cualquier modo, para un adulto es difícil pensar lo impensable, comprender este gesto irremediable.

No vamos a buscar la causa capaz de explicar *todo* suicidio: un determinante biológico o, por el contrario, una causa social, una debilidad psicológica, una enfermedad mental o un trastorno familiar. Trataremos, más bien, de razonar sistemáticamente dando la palabra a investigadores y a técnicos de formaciones

diversas. Así, algunos genetistas nos hablarán de bioquímica; etólogos nos propondrán un modelo animal natural y experimental; especialistas en neurociencias comentarán imágenes de zonas cerebrales estimuladas o inhibidas por el medio; especialistas en el vínculo propondrán las explicaciones que hoy día se suelen citar más a menudo; psicólogos evaluarán las estructuras mentales; psicoanalistas interpretarán los mundos íntimos y sociólogos cifrarán el devenir de grupos de niños que evolucionan de modos diferentes según el contexto.

Haremos converger estos datos heterogéneos para formarnos una idea sobre el modo en que las relaciones influyen en el funcionamiento del cerebro y en que los medios afectivos, escolares y socioculturales tutorizan determinados desarrollos. Una colleja puede, en efecto, empujar al niño al acto mortal, como otra colleja puede preservarlo de él.

Tras esta investigación multifactorial, propondremos una estrategia de lucha contra el suicidio. Luego explicaremos que una tendencia no es un destino y que ninguna historia es una fatalidad.

Epistemología

Estos trabajos recogen informaciones que permiten comprobar la frecuencia de los suicidios, su distribución de acuerdo con los grupos sociales y su evolución según las culturas, así como las decisiones políticas que reducen los factores de riesgo o los aumentan.

Hoy día, en Francia, de cada cien mil personas, sabemos que hay cuatro mil que piensan que el suicidio podría aportar una solución a sus sufrimientos. Trescientos lo intentarán y diecisiete conseguirán llevar a cabo ese desenlace fatal.[3]

Los niños *pre-teen* (de menos de 13 años), ¿corresponden a este esquema? «Fantasmas, terror, fascinación, tabúes, secretos, modelos, imágenes, recuerdos reales o inventados, entre vida y muerte, placer y deseo, entre fuerza y derecho, pulsión y razón»,[4] nuestro pensamiento se enmaraña de tan inverosímil e insoportable que resulta el suicidio de un pequeño.

Las cifras de suicidio son bajas en los preadolescentes. Sin embargo, debido a su aumento en diversos países, constituyen probablemente un indicador de desorganización de las condiciones de desarrollo del niño. ¿Por qué estos suicidios son más frecuentes en los países sometidos a conmociones sociopolíticas? En Francia, en 2003, se evaluó en un 0,4 % los suicidios de niños

entre 5 y 13 años. En Bosnia-Herzegovina, se registra un 2,6 % de suicidios de niños. En Estonia, en Kazajistán o en Rusia, las cifras se mueven en torno al 3 %. ¿Por qué cinco veces más niños que niñas?[5] ¿Por qué en otras culturas las niñas se suicidan más que los niños? En China esto es un hecho registrado hace siglos y que hoy día se agrava. En Surinam (antigua Guayana holandesa), en Sri Lanka (Asia meridional), los suicidios infantiles son cometidos sobre todo por niñas (2,4 %).

En América del Sur y en la India meridional, las culturas son diferentes. ¿Es allí la vida cotidiana cruel para las niñas y agradable para los niños? Si esta explicación es pertinente, ¿habrá que deducir que la vida es dolorosa para los niños en Canadá, donde se suicidan más que las niñas? ¿Sería más dura para ellos la existencia en Francia que en Inglaterra o en EE.UU.? En un mismo país hay grandes variaciones entre regiones: en la dulce Bretaña hay cinco veces más suicidios que en la dura región parisina.

Son escasos los suicidios logrados. Pero, por otro lado, ¡los niños consideran cada vez con mayor frecuencia la posibilidad de suicidarse! Antes de la edad de 13 años, un 16 % de los niños piensan que la muerte podría ser una solución a sus problemas familiares, escolares o con los amigos. En Quebec, país rico y bien organizado, el 40 % de los adolescentes entre 15 y 19 años sufren un nivel de angustia tan importante que llegan a concebir la idea del suicidio. Cuando el fracaso económico y familiar destruye el entorno del niño, la tasa de ideación suicida aumenta rápidamente.[6]

La idea de darse muerte no es infrecuente en los niños, pero la realización del suicidio es bastante difícil, sobre todo en las niñas. ¿Impericia? ¿Impulsividad que impide la planificación del gesto?

En los adolescentes, se podría advertir una gradación en la aproximación a la muerte: primero, en un momento de tensión agresiva o de angustia extrema, la idea de la muerte aparece como un relámpago. Luego, un 16 % de quienes lo han pensado una vez vuelven a pensar en ello regularmente, planifican y organizan el acontecimiento, acumulan medicamentos, localizan puentes y lugares peligrosos.

En los niños no encontramos esta progresión. Juegan, se ríen, responden amablemente y luego saltan por la ventana. Para darse muerte, un niño busca a su alrededor los útiles que pueden facilitárselo: hacerse atropellar por un automóvil, asomarse a una ventana, atravesar la calle corriendo, saltar de un autobús en marcha, arrojarse al torbellino de un torrente que le fascina. Muchos suicidios de niños quedan enmascarados por comportamientos cotidianos que los

llevan a la muerte. El accidente no es accidental cuando una conducta lo hace probable.

Prisionero de una preocupación, el niño manifiesta trastornos cognitivos. Está tan absorto en su mundo interior que no consigue tratar las informaciones externas. A veces habla con un adulto, le dice que se encuentra mal, que le duele la barriga o la cabeza. El adulto lo tranquiliza y lo calma con una palmadita afectuosa. El niño piensa que ese señor es muy amable y se va con su problema en el fondo del alma. El adulto, por su parte, se tranquiliza con la denegación de que ese niño haya pensado en la muerte. ¡A esa edad es imposible!

Así, la epidemiología de los suicidios de niños de 5 a 12 años es imprecisa. Los suicidios logrados son escasos, pero sus máscaras nos llevan a decir que sin duda son más frecuentes, porque las cifras sólo hablan de los suicidios evidentes. Entre treinta y cien niños se dan muerte cada año, pero se puede pensar que muchos accidentes son equivalentes a suicidios.

Con el envejecimiento la curva de los suicidios aumenta. Cuando tres mil quinientos viejos se suicidan cada año, su muerte se inscribe en una trayectoria previsible.[7] Es mucho menos escandaloso, se dice, porque todo el mundo espera que mueran. Es lo contrario de lo que se siente ante un niño, cuyo suicidio representa el más completo escándalo y un duelo imposible para su entorno. ¿Cómo llorar, cómo hablar, cómo decir que fue valiente «toda su vida», que luchó contra la enfermedad, que fue buen alumno? Acababa de nacer, no ha tenido tiempo de crearse una historia.

En esta curva ascendente se registra un relativo sosiego, un achatamiento de las curvas de suicidas, entre los 40 y los 65 años,[8] la edad en la que uno forma su familia y lleva a cabo su aventura social. ¡Los momentos protectores contra el suicidio no son los tiempos más fáciles de la existencia! Estos tiempos, sin embargo, no son los más desesperantes. Nuestros hijos nos alegran y nos agotan, nuestros colegas en el trabajo nos ayudan y nos agreden, pero este compromiso en el afecto y en la competición tiene un efecto protector para los adultos. La obligación afectiva en la construcción de un nicho educativo y la necesidad de trabajar para realizar nuestros proyectos protegen a los adultos al dar sentido a sus esfuerzos y a sus sufrimientos. ¿Acaso estas exigencias no conciernen igualmente a los niños? ¿Podrían ellos vivir sin afecto o sin esfuerzos?

Los suicidios invisibles existen a todas las edades: el viejo que se toma medicamentos, la mujer anciana que se niega a beber cuando está deshidratada, el adulto que se precipita a un peligro, el adolescente que calcula mal los riesgos

o el niño «distraído» que atraviesa la calle corriendo, todos ellos llaman a la muerte. ¡Y entonces nadie habla de suicidio!

Para evaluar los suicidios, hay que tener en cuenta los pensamientos que evocan la muerte y los comportamientos que los provocan.

A pesar de las dificultades que supone recoger los datos, se ponen de manifiesto algunas regularidades: ante un coma suicida, nos encontramos con una chica; ante un cuerpo destrozado, a menudo es un chico.

La entrevista con el entorno de un adulto que se ha suicidado nos enseña que, muy a menudo, sufría de depresión, de alcoholismo o de trastornos de la personalidad (75 %). En los niños, evidentemente, no es así. Sin embargo, a menudo la familia y los amigos dicen que su emotividad era intensa, inhibida y luego explosiva, o también que su impulsividad era difícil de controlar. Tal trastorno emocional no es ni una enfermedad ni una depresión. Sin embargo, en caso de dificultades relacionales, el niño distante o demasiado apegado revela un fallo en su desarrollo.[9] Un niño que se ahoga o una caída de la bicicleta no siempre son accidentes. Una crisis del entorno, superficial o momentánea, bastan para desencadenar una violencia autocentrada en un organismo que todavía es incapaz de dominarla.[10]

Suicidios según el sexo

¿Por qué los niños se suicidan más que las niñas? ¡Menudo enigma! Hay quien dice que los hombres se dan muerte más que las mujeres porque se destruyen con armas de fuego, mientras que ellas, antes de tragarse sus píldoras, se ponen un precioso camisón. Este argumento no se sostiene en el caso de los niños, que no saben usar un revólver.

¿Por qué en algunos países las niñas se suicidan más que los niños? En Europa y en Asia central, son Georgia, Noruega, Eslovenia y el Tayikistán los países que ven morir a más niñas. En América del Sur, es en Colombia, en Ecuador, en El Salvador, en Nicaragua, en Puerto Rico y en Trinidad donde se observa esta autodestrucción femenina. Pero es sobre todo en Asia, en China, Hong-Kong y Corea donde las niñas llevan esta triste ventaja.

¿Por qué los niños varones blancos se suicidan más que los de color? No es el pigmento de su piel el que protege a los pequeños africanos; sería más bien el lugar que se otorga a los niños en su familia y su cultura. ¿Acaso las sociedades blancas plantearían a los niños unas condiciones que hicieran surgir en ellos la

idea de muerte con mayor facilidad que en África?

Quizá los niños blancos se suiciden porque son menos responsables que los de color. La responsabilización, que es un peso para el joven, le da al mismo tiempo un marco, una autoestima y un proyecto de existencia. La desresponsabilización, por el contrario, provoca una especie de empobrecimiento existencial. Antes de ir a la escuela, en el Congo los niños se pasan una correa por la frente y bajan hasta el lago para llenar de agua bidones amarillos casi tan grandes como ellos; y por la noche van a distribuirla a los viejos. Luego vuelven a casa, cansados y orgullosos.[11] Quizá habría que añadir un derecho a la Convención de los derechos del niño: para reforzar a los pequeños y confiarles un proyecto cotidiano, habría que darles el derecho a dar.[12]

La hipótesis de una disminución de la autoestima debida a una desresponsabilización es verosímil, ya que las encuestas nos muestran que las madres jóvenes casi no llevan a cabo tentativas de suicidio.[13] El arma más eficaz contra el suicidio consistiría, pues, en dar sentido a la existencia, pues ello cambia el modo de percibir lo real. La connotación afectiva modifica hasta la percepción del dolor físico o el sufrimiento existencial.[14] Cuando «sufrir vale la pena», no se piensa en la muerte. El problema es que el sentimiento, o sea, la significación y la dirección que damos a los acontecimientos, proviene de nuestra historia y de nuestro contexto. Es el otro impregnado en nuestra memoria el que da sentido a las cosas, dinamiza nuestros sueños y cambia la connotación afectiva de lo real que se percibe.

Es difícil vivir en pareja o en familia, pero protege. Es difícil levantarse por la noche para tranquilizar a un bebé, la lactancia es agotadora, y sin embargo todo eso aporta sentido, vale la pena. Quizá los hombres que tienen responsabilidades muy pronto, que tienen que encontrar un trabajo y dar todo lo que ganan a su familia, sin quejarse, estén protegidos del sufrimiento que experimentan por el sentido que dan a sus esfuerzos. Las dificultades no empujan al suicidio cuando la familia y la cultura enseñan a sobreponerse al mal dando sentido al sufrimiento. Cuando un niño es desresponsabilizado, cualquier pena se convierte para él en insoportable, porque no sabe por qué sufre. No es la pena la que lleva a la desesperanza, sino el sinsentido de la pena. Quedar libre de compromisos, para un niño, es equivalente al aislamiento afectivo. Cuando no hay nadie para quién trabajar, cuando no hay un sueño que realizar, vivir no vale la pena.

Las chicas son muy sensibles al sentido. Son capaces de metamorfosear el recuerdo del sufrimiento del parto. El dolor es intenso en el momento del

esfuerzo, pero en cuanto el pequeño mago es puesto en el mundo y la familia acude a agradecer a la madre y a acoger al niño, ¡ellas sostienen, contra toda evidencia, que no han sufrido mucho!

Hace una o dos generaciones, todos los niños se comprometían en el trabajo de la granja, en la casa y en la escuela. Las jornadas eran largas, las condiciones materiales a veces duras, era preciso hacer cuatro o cinco kilómetros a pie en medio del frío para ir a la escuela, comer en lugares menos vigilados que hoy y volver a casa para hacer la faena y lavar los platos, participar en la cosecha y guardar el ganado antes de hacer los deberes. Ocurrían accidentes, enfermedades, había que dejar de lado el propio desarrollo para bajar a la mina o ir a la fábrica. Se sufría, pero esto no era razón para pensar en la muerte.

Hoy día, los niños de menos de 13 años sufren menos materialmente, pero piensan más en la muerte. Ahora la idea de la muerte surge más tempranamente, y la edad de la primera tentativa desciende a medida que mejora la maduración física y psíquica de los pequeños.[15]

Cuando el sufrimiento no tiene sentido, cuando la falta de compromiso familiar o cultural empobrece el entorno afectivo hasta el punto de convertirlo en una especie de aislamiento sensorial, la idea de darse muerte les surge más fácilmente a las niñas (12 %) que a los niños (6 %).[16] ¿Por qué esta preocupación mayor que en los niños? ¿Son más vulnerables, más conscientes de las dificultades que les esperan o tienen más necesidad de compromisos?

Se sabe que las niñas se desarrollan más deprisa que los niños, hablan antes, acceden antes que ellos a la representación de lo no reversible, de lo irremediable, en un momento en que su autonomía psíquica precoz no se asocia a una independencia social.[17] Entonces experimentan un sentimiento de injusticia y de represión, ya que intelectualmente dominan sus representaciones, mientras que todavía no son libres de expresarlas socialmente. Inteligentes y dependientes, se exasperan y tratan de controlarlo todo. La alimentación adquiere para una niña un sentido diferente que para un niño: «¿Mi cuerpo podrá alimentar a un bebé? Quiero controlar lo que como para tranquilizarme». Se vuelven anoréxicas, bulímicas u obesas con una frecuencia infinitamente mayor que los niños, que comen lo que haya. También quieren controlar su vestimenta. La que elige zapatillas deportivas no expresa el mismo modo de socializarse que la que usa tacones de aguja. Las joyas, el cabello, el maquillaje, hasta las uñas, narran todo un mundo mental y sólo atraen a los jóvenes para quienes esa vestimenta se ha *escrito*.

Los chicos, cuyo desarrollo es más lento, abordan el mundo como pequeños varones: más distendidos, más seguros de sí mismos, gustan de los enfrentamientos y las competiciones, en ellos descubren lo que valen.

La aparición de la idea de muerte como solución posible a un problema humano depende del sexo, del nivel de desarrollo de la persona y de las estructuras socioculturales en las que los niños crecen. La disminución de la edad de los pequeños suicidados pone de manifiesto las influencias respectivas de la pubertad, cada vez más precoz en las niñas, y de la adolescencia, prolongada por la necesidad de estudiar para aprender un oficio. En Nueva Zelanda, donde las mujeres ingresan cada vez más en la armada, las niñas se suicidan cada vez más brutalmente. En China, donde las mujeres siempre se suicidaron mucho en una cultura rural muy opresiva para ellas, se suicidan más todavía desde que la urbanización las incita a trabajar y las lleva a aislarse. Este hecho confirma, ciento veinte años más tarde, la idea de Durkheim: la modernización aumenta la vulnerabilidad suicida de las mujeres.[18]

La construcción social del género desempeña un papel primordial en la interiorización de los roles de cada sexo. ¿Quizá sea ésta la razón de que las sexualidades minoritarias se suiciden tanto en la adolescencia? Cuando son menos agredidas por la cultura, esas minorías se suicidan menos.[19] Cuando un preadolescente descubre que se orienta hacia una sexualidad no conforme, se desorienta y se angustia: «Mis compañeros de clase están todos enamorados de una niña y yo estoy enamorado de un niño. No soy como los demás». Este desconcierto identitario puede hacer que algunos homosexuales conciban la idea de la muerte como lo que permite evitar ese doloroso conflicto.

Cuestión de matarse

El suicidio es un problema de salud pública. No se puede obviar el hecho de que cada año doscientas mil personas tratan de darse muerte. Once mil lo consiguen, de entre los cuales hay mil adolescentes y quizá un centenar de niños.[20]

Nuestro contexto occidental del siglo XXI considera que el suicidio de un adulto o de un viejo no es ni una blasfemia ni un crimen. Es la última libertad de quien ha perdido la libertad. Así, se autoriza a quitarse la vida debido a una enfermedad inexorable o a su hastío de vivir. Es él quien decide, sin tener en cuenta el impacto que su gesto tendrá sobre los demás. Por supuesto, es posible suicidarse para vengarse, para que tal autocrimen culpabilice eternamente a

aquel que es la causa de ese gesto. Hay suicidas protectores, como aquellos pedófilos que se matan porque saben que «nada podrá impedirles agredir a un niño». Ciertos suicidas son altruistas que quieren proteger a su grupo, como los miembros de la Resistencia que se defenestraban para no hablar bajo tortura. Algunos se dan muerte para que el peso de su enfermedad no recaiga sobre aquellos a quienes aman. De cualquier modo, la mayoría de estos suicidios son narcisistas: el suicida quiere preservar su imagen antes de la degradación.

El derecho no prohíbe el suicidio, y la cultura ya no culpabiliza a los suicidas. Por el contrario, es el entorno el que se cuestiona, sobre todo tras el suicidio de un joven. Pero el suicidio de un joven, ¿también pretende salvar a su grupo, o bien responde simplemente a un impulso autocentrado?

La Antigüedad grecorromana no reprobó el suicidio y llegó incluso a recomendarlo cuando el alma estaba corrompida por una perversión, por el desamparo o por lo que hoy día recibiría el nombre de una psicosis. En Massada, los centenares de judíos que cerraron el paso al inmenso ejército romano se suicidaron en grupo para significar que nada podía someterlos. Todavía hoy se les considera héroes y se les usa como un mito destinado a los jóvenes soldados israelitas. Del mismo modo, los mártires cristianos prefieren morir a abjurar de su fe. Como Cristo, reciben la muerte, pero no se la dan a sí mismos. San Agustín repite: «No matarás» (ni a los demás, ni a ti mismo). No puedes arrancarte el alma que Dios te dio.

Para otros, la vida es peor que la muerte. Cuando uno ha perdido su humanidad, el suicidio es un acto moral, y darse muerte constituye entonces un maravilloso gesto romántico, como el de los marinos que se visten de gala antes de hundirse con su barco.

Esas muertes voluntarias son admiradas, se las considera una muestra de fuerza, de valor, una victoria final. ¡No es la naturaleza la que decide, ni el emperador, ni Dios, soy yo![21]

Los períodos narcisistas corresponden a crisis sociales. Durante el siglo que siguió a la Revolución francesa, estalló el fenómeno de la juventud gozosa. Los médicos y los sacerdotes, guardianes de la austeridad y del orden social, denigraron a la población adolescente que sólo pensaba en sacarle el jugo a la vida, en satisfacer sus deseos sexuales sin tener en cuenta las consecuencias. Aquellos jóvenes que tenían dificultades para integrarse en una sociedad revuelta, sin solidaridad, no apuntalada culturalmente, sólo daban sentido a su vida mediante la búsqueda de los placeres inmediatos. Cuando no lo conseguían, el suicidio se les antojaba una solución a sus frustraciones.

Cuando se restableció de nuevo el orden y la cultura impuso el conformismo burgués del siglo XIX y del siglo XX, toda desviación se convirtió en prueba de locura. Conocí la época en que los suicidas todavía comatosos eran enviados al hospital psiquiátrico. Los sociólogos, inspirados por Durkheim, hablaban de «suicidios egoístas» y explicaban que sólo las personas no integradas se suicidaban: los solteros, los viudos, los divorciados, los rentistas, los oficiales de colonias o los prisioneros. Era el desorden mental de aquellos seres aislados, causa de su no integración, lo que los llevaba al suicidio. Hoy día se diría más bien que es el abandono por parte de la sociedad lo que causa su sufrimiento psíquico y los incita al suicidio. En una sociedad rural, cuando los pueblos y las familias estaban estructurados por el trabajo y la religión, los campesinos se suicidaban poco. Desde la urbanización, cuando los campos se vacían y la tecnología ha trasformado a los últimos campesinos en industriales y contables, se suicidan mucho.

¿Puede este razonamiento social explicar el suicidio de los niños? ¿Se puede decir que el aumento reciente del número de niños que se dan muerte es un indicador de desorganización social?

Si así es, se puede considerar que «el suicidio es el único problema filosófico verdaderamente serio».[22]

¿Cómo es cuando uno está muerto?[23]

La idea de darse muerte es un fenómeno desigual en función de la edad, el sexo y las condiciones culturales. Pienso en una adolescente que me decía: «Yo me suicidaría, pero luego tengo miedo de lamentarlo». Me acuerdo de aquel cineasta que me contaba que «estaba al borde del suicidio cuando estalló Mayo del 68». Se zambulló en el acontecimiento, acudió a las reuniones, leyó, discutió y ya nunca más pensó en la muerte.

Entonces, ¿por qué se espera que los niños que se matan piensen que se dan muerte? Mireille, de 4 años, explica sabiamente que «los muertos no oyen nada y no pueden moverse». Los llevan al hospital para que se sientan mejor. Para un niño, antes de los 7 años, la muerte está en otro lugar, es extraña y reversible. Puede uno morir para reunirse con su abuelo encima de una nube y esperar juntos el momento de regresar a la Tierra.[24]

La idea de la muerte es un proceso que se construye gradualmente en el alma de un niño. A un bebé, antes de la adquisición de la palabra, le asombra la

desaparición de un objeto, y su reaparición le causa alborozo, como lo describió Freud a propósito del juego de la bobina.[25] El desarrollo neuropsicológico del pequeño le hace vivir en un mundo contextual e inmediato. Todavía no puede representarse un más allá lejano en el tiempo y en el espacio. Lo que elabora con sus protopalabras «tatí» (está aquí) y «notá» (no está), es una presencia, luego una ausencia, un ciclo, una alternancia. Todo lo que se mueve está vivo, de modo que estar muerto es permanecer inmóvil.

Por otra parte, la modificación del nicho afectivo compuesto por sus padres constituye para él una señal importante. Cuando mamá llora, cuando los vecinos hablan en voz baja, el cambio de sensorialidad de su medio inscribe en su memoria una huella durable.

La palabra «muerte» se vuelve «adulta» entre los 6 y los 9 años según el contexto familiar y cultural. Sólo entonces adquiere la misma significación para un niño y para un adulto; se convierte en un concepto, una herramienta de pensamiento que se puede compartir. «Antes [de la edad de 8 años] la muerte no es más que una cesación, una separación, una ausencia provisional, temporal, reversible.»[26] Tras este nivel de desarrollo, el término «muerte» designa un acontecimiento irreversible, un fenómeno universal, vinculado al ser vivo. ¡La muerte vinculada al ser vivo! Todo ser vivo, algún día, dejará de vivir, irrevocablemente. Eso es difícil de pensar.

Además, la connotación afectiva de este concepto depende de la puesta en escena que rodea al niño cada vez que ha habido que enfrentarse a una muerte real: rituales, llanto, flores, procesiones, alabanzas, músicas, hogueras o comidas. Cada cultura inventa un teatro de la muerte, pero todas ellas escenifican el paso del flujo de la vida a la cesación indefinida de la muerte.

Un niño que asiste al asesinato de uno de sus padres o que teme que su padre mate a su madre conserva en su memoria el hecho de que una violencia moral puede ser una solución posible a los problemas de la existencia.

Un niño que pierde a sus padres sin violencia no sitúa la fecha de este pasaje. Sus padres estaban y luego ya no están. Sin violencia, sin rituales, sin adiós. Para estos niños, la idea de muerte tiene como connotación una sensación de vacío, de muerte inminente siempre posible. Uno está y de repente ya no está. Morir. ¿Es eso verdaderamente la muerte, la pérdida, la soledad o el vacío afectivo? En todos estos casos es un malestar difuso, una nada que suscita el vértigo del vacío, la angustia.

La significación atribuida por el niño a la muerte resulta de una transacción

entre el modo en que se ha desarrollado y el teatro de la muerte puesto en escena por su cultura.

Esta progresión de la representación del tiempo da a la palabra «suicidio» una significación particular en el caso del niño. La premeditación es difícil. La mayoría de las veces es un impulso que con la maduración adquiere la forma de un juego. La distinción entre suicidio evidente y suicidio enmascarado es difícil. Si bien es cierto que los suicidios de niños pequeños son infrecuentes en Francia,[27] su reciente aumento en otras culturas indica el agravamiento de un malestar. ¿Por qué se habla de «disminución de la edad de la primera tentativa de suicidio»?[28] ¿Son los niños más infelices o su desarrollo, acelerado por las nuevas condiciones educativas, les da acceso demasiado pronto a una representación que no han tenido tiempo de aprender a dominar?

No es infrecuente que la muerte afecte al entorno del niño. El 5 % de los niños menores de 18 años ya han perdido a uno o dos de sus padres. Tal confrontación con un duelo precoz tiene en el niño una gravedad sorprendente. Lo real de la muerte. Lo real de la muerte acelera y hace más brutal el acceso a la idea de la muerte, como se observa en los países en guerra. Algunos adultos aprecian a estos niños solemnes. A otros les irrita tener que ocuparse de un «pequeño viejo».

Finalmente, puede decirse que la idea de la muerte no es un concepto caído del cielo. Es un proceso lento que resulta de transacciones incesantes entre lo que es el niño y lo que hay a su alrededor.

Sin embargo, la idea de la muerte no se asocia necesariamente a la idea de darse muerte. Son caminos distintos.

Genética del suicidio

En todas las personas que han manifestado conductas suicidas se ha advertido un disfuncionamiento biológico, lo que no significa en absoluto que éste sea la causa del suicidio. Cuando un encuentro te hace sonrojar de placer o cuanto tu corazón late con fuerza porque esperas una información importante para tu carrera, ¡de ello no concluyes que el sonrojo o la palpitación hayan tenido como resultado la buena noticia!

Sin embargo, hay personas que se sonrojan o palpitan con mayor facilidad que otras, lo cual no es una enfermedad. Son más emotivos porque su organismo segrega, ante una mínima alerta, una sustancia que dilata los vasos y hace

enrojecer el rostro.
El descubrimiento de la serotonina, ese neuromediador que en las sinapsis pasa de una neurona a otra y desempeña un papel importante en la regulación del humor, pone de manifiesto un aspecto distinto del modo en que reaccionamos ante los acontecimientos de la vida.[29]
Se ha observado que el cerebro de las personas suicidadas concentraba mucha menos serotonina en el córtex prefrontal y el tronco cerebral que el de las personas muertas por otra causa.[30] Y resulta que un determinismo genético influye sobre el transporte de la serotonina: un conjunto de genes codifica la síntesis de una proteína que hace pasar la serotonina de una neurona a otra.
Si detenemos el razonamiento en esta información, se corre el riesgo de concluir que una alteración genética provoca el suicidio. Por eso proseguiremos nuestra reflexión preguntándonos por qué se encuentra tan poca serotonina en el lóbulo central de los suicidados. La respuesta nos viene de la neuroimagen, de nuestras fotos y filmes del córtex prefrontal con poca serotonina. En casi todos estos casos, el sujeto ha estado aislado cuando era un bebé. Un aislamiento sensorial, durante los primeros meses de vida, no ha estimulado lo suficiente la sinaptización de los lóbulos prefrontales.[31] Cuando el entorno sensorial de un recién nacido es pobre debido a que los padres están agobiados por algún drama de la existencia, el cerebro del niño, insuficientemente estimulado, se desarrolla mal. La muerte de uno de los padres, una depresión de la madre, un conflicto conyugal que enfría la relación o incluso un problema de precariedad social que deja abatidos a los padres, empobrecen así el nicho afectivo del niño. ¡El pequeño adquiere una vulnerabilidad biológica porque los padres han sufrido a su lado!

Epigénesis

Tan pronto la genética se expresa, ya queda sumergida en la relación. Un débil transportador de serotonina, si está bien rodeado por padres apacibles, seguirá siendo muy emotivo, lo que no es muy grave. Incluso puede sacar provecho de esta hipersensibilidad cuando se dice de él que tiene «un temperamento de artista». Por el contrario, si a su alrededor se sufre, o si le ocurre alguna desgracia, siente tal agresión con mucha más intensidad que un buen transportador, pacificado por la sustancia.
A la inversa, un buen transportador no es invulnerable, porque a pesar de su

aptitud genética, si queda aislado después de nacer o si a su alrededor se sufre durante mucho tiempo, la serotonina no le sirve de nada, ya que las sinapsis de sus lóbulos no la captarán.

La vulnerabilidad emocional, por lo tanto, se adquiere durante interacciones precoces mediante una asociación entre cierta aptitud genética y una estructura ambiental. El sistema «serotonina-lóbulos prefrontales» no adquiere entonces la función pacificadora que le permite dominar las pulsiones. Cuando en su mundo surge un peligro, el circuito límbico que trata las emociones (en la cara interna de los hemisferios), se «inflama» y consume mucha energía. Debido a que la inhibición, ese freno que proviene de los lóbulos prefrontales, no se ha instaurado a lo largo de los primeros meses, el sujeto permanece sometido a sus emociones, que es incapaz de controlar. Si, más adelante, ha aprendido mal a hablar o si su cultura no le ha inculcado los rituales que codifican las interacciones, el pasaje al acto o la explosión física serán sus únicas posibilidades para apaciguarse.

La confirmación de que una alteración biológica se adquiere durante un trastorno del desarrollo familiar o de una carencia cultural se ha verificado experimentalmente: un mono, débil transportador de serotonina, fue puesto en situación de aislamiento sensorial en los primeros meses después de su nacimiento. Para él la menor información se convierte en una alerta violenta. Para los otros pequeños macacos, que estuvieron acompañados desde el nacimiento, la misma información constituye un estrés que son capaces de resolver. Se apretujan contra su madre y luego observan el estresor para familiarizarse con él y atenuar así su capacidad para producir miedo.[32]

Este tipo de experimentos, repetidos en gran número de mamíferos, demuestra que cuando una cría está aislada, o sea, privada de la presencia de otro durante sus interacciones precoces, no sólo sus neuronas prefrontales no se ponen a funcionar, sino que, además, no aprende a encontrar seguridad en contacto con otro. El único objeto exterior a sí mismo es su propio cuerpo: experimenta toda información como una alerta emocional, una agresión a la que responde autoagrediéndose.[33]

En estos mamíferos, débiles transportadores aislados precozmente, toda presencia provoca una reacción impulsiva. Estos animales viven en peleas incesantes que no saben apaciguar. No saben jugar y, en consecuencia, aprenden mal los rituales de interacción que les hubiera permitido ocupar su lugar en el grupo. Cada vez se desocializan más y su aislamiento relacional, junto con las

peleas incesantes, deterioran su emotividad. Para ellos todo se convierte en una alerta constante. Prisioneros de sus emociones, analizan mal los problemas de la vida cotidiana: ¡el accidente se convierte en algo previsible! Su alteración cognitiva les lleva a sufrir accidentes... que por lo tanto no son accidentales. La muerte violenta es su destino.

Estas experimentaciones animales que sirven como hipótesis para las observaciones en el ser humano, nunca para hacer extrapolaciones, nos plantean una pregunta: ¿qué pasa en el ser humano que ha sido aislado afectivamente? Para responder a esto, es preciso analizar la transacción entre lo que es este ser en el momento de la carencia y lo que se ha estructurado a su alrededor. Un pequeño transportador queda muy afectado por la privación afectiva, pero en caso de reorganización de su nicho afectivo, puede dar inicio con más facilidad a un proceso de resiliencia.

Todo aquello que disminuye la síntesis de la serotonina aumenta la vulnerabilidad del niño: un régimen pobre en triptófano (ácido aminado precursor de la serotonina) no sólo provoca una sensibilidad dolorosa desencadenada por el menor acontecimiento, sino que también suscita la reaparición de ideas suicidas.[34] Es cosa sabida que una sustancia provoca ideas: ¡tómese usted anfetaminas o alcohol y verá! No se trata de ideas racionales y abstractas, resultado de una operación intelectual, sino más bien de la representación de imágenes y de palabras que dan forma mental a una sensación: «Me sentía abatido, pero tras tomar anfetaminas estoy convencido de que voy a triunfar». Nada cambia en lo real ni en la historia. La sustancia ha cambiado tan solo de forma artificial la sensación de lo real y de su representación ilusoria. Sin embargo, a lo que responden los jóvenes que piensan en el suicidio es a una sensación así y a su traducción verbal.

Puede ocurrir que un organismo que es un buen transportador de serotonina sea sometido por mucho tiempo a un aislamiento afectivo, o que la privación ocurra en un momento crucial de su desarrollo. Los daños son idénticos a los que produce una privación en un transportador débil. Se vuelve también hipersensible, colérico, impulsivo y suicida.[35]

Estas experimentaciones autorizan a hablar de una genética de las conductas suicidas, a condición de no invocar una causa exclusiva. Es imposible hablar del «gen del suicidio», de «molécula del suicidio» o de «medicamento que empuja al suicidio». Pero puede decirse, siguiendo un razonamiento sistémico, que un débil transportador de serotonina queda más dañado por la soledad que un mejor

transportador. El impacto de la carencia del medio es para él mayor. La neurogénesis se ralentiza mucho cuando un individuo así queda privado de alteridad. El menor acontecimiento aumenta su nivel de cortisol sanguíneo, disminuye la tasa de linfocitos y aumenta su tasa de catecolaminas urinarias.[36] En un contexto estable y familiar, este individuo no tiene ningún trastorno. Apaciguado por su medio, que le aporta seguridad, experimenta placer aprendiendo rituales y descubriendo lo desconocido.

Todo se complica cuando se descubre que un mismo hecho no tiene en absoluto las mismas consecuencias sobre el organismo según el momento en que se produzca. En ciertos períodos sensibles, un organismo atribuye a un hecho una connotación afectiva enorme, mientras que antes o después de este período genéticamente determinado, prácticamente no provoca emoción.[37] Entonces, al no dejar ninguna huella en el organismo, el hecho en cuestión es transparente y no adquiere nunca el valor de un acontecimiento.

Las investigaciones actuales llevadas a cabo acerca de las interacciones precoces confirman que las últimas semanas del embarazo y los primeros meses de la existencia constituyen un período sensible, no sólo para el desarrollo del organismo y del temperamento, sino también para la transmisión a la descendencia futura.[38]

Todo acontecimiento traumatiza a un bebé cuando desgarra sus vínculos. Para un bebé que ha perdido su anclaje en el mundo, todo lo que ocurre a su alrededor lo pone alerta. Se altera a la mínima información y la biología del estrés (cortisol, catecolaminas) no sólo altera ciertas células cerebrales del sistema límbico (memoria y emociones), sino que aumenta también la metilación de las células nutricias que rodean a las neuronas. Así, no sólo la expresión de los genes se modifica, sino que, además, cuando un traumatizado precoz alcanza la edad de la procreación transmite a sus hijos secuencias modificadas por su trauma, y ello a lo largo de varias generaciones.[39]

La estructura del entorno precoz constituye un poderoso organizador de la expresión genética (¡quienes todavía crean en la dicotomía «innato o adquirido» tendrán dificultades con esta frase!). La epigénesis explica que tanto un trauma flagrante como el maltrato violento, un trauma invisible como la negligencia afectiva, desgarran los vínculos y hacen que el niño viva en un mundo lleno de miedo. Todos sus metabolismos resultan modificados: las sustancias del estrés aumentan, mientras que la serotonina pacificadora y la dopamina que facilita la acción, la emoción y la vivacidad intelectual, se hunden. Es la relación precoz,

ciertamente, la que ha modificado el funcionamiento cerebral y ha provocado la adquisición de una vulnerabilidad.

Los niños no reaccionan por igual a una misma estructura ambiental. Los buenos transportadores de serotonina reaccionan con menor intensidad. Para afectarles, la agresión ambiental tendrá que durar mucho tiempo, ser intensa y sobrevenir durante un período sensible. Menos heridos por una separación, se reavivan cuando el medio les propone un nuevo nicho afectivo y dan inicio con mayor facilidad a un proceso de resiliencia.[40] Lo que para uno es maltrato, no lo es para otro.[41]

Existen otros moderadores biológicos de la forma de encajar los golpes del destino. El neuropéptido Y, precursor de la DHEA, hormona del buen envejecimiento, modera eficazmente las desgracias de la existencia.[42]

Lo que importa para comprender la adquisición de un factor de vulnerabilidad o, por el contrario, de un factor de resiliencia, es analizar la transacción entre la estructura biológica de un individuo y la estructura psicocultural de su medio. Cuando esta articulación ha quedado impregnada en la memoria biológica del sujeto, es con esta «forma de ser» como prosigue su camino en la vida.

En las familias numerosas en las que el nicho sensorial precoz ha sido abundante en figuras de apego, unas conflictivas y otras proveedoras de seguridad, el joven llega a la adolescencia llevando la marca de huellas variadas. Su medio precoz le ha enseñado un estilo de socialización que explica por qué es capaz de citar a un gran número de amigos, de encuentros y actividades. Esta aptitud para acceder a la sociedad es un precioso factor de protección contra las ideas suicidas. Quienes se enrolan en la existencia se suicidan poco.[43]

A la inversa, un nicho precoz constituido por un niño genéticamente sensible y acompañado por una figura de apego depresiva organiza un estilo de socialización restringido. Esta vulnerabilidad queda enmascarada y es compensada por la rutina de la escuela, pero se hunde en la adolescencia cuando la intensidad amorosa y la puesta a prueba social desgarran esta constitución frágil. Los niños que aprendieron a vivir dentro de una restricción afectiva y social cuando eran pequeños se siguen sintiendo solos en la adolescencia, incluso cuando están rodeados de gente.

Si se les ocurre una idea suicida, no cuentan con una base de seguridad capaz de hacerla desaparecer: el pasaje al acto se vuelve posible.[44]

Sin embargo, esta adquisición relacional precoz crea un estilo de socialización que no es inexorable. Siempre se tiende a concluir demasiado pronto. Hace

algunos años, nos decían que los preadolescentes de 10 a 13 años pasaban al acto fácilmente porque el circuito límbico de sus emociones, fuertemente reactivo, no podía ser inhibido por las fibras prefrontales que no acababan de madurar hasta los 18 o 20 años.

Las técnicas recientes de neuroimagen modifican esta explicación demasiado simple. De hecho, esos preadolescentes comprenden cualquier expresión de los otros y reaccionan activando las neuronas del estriatum ventral, un núcleo gris que se halla en la base del cerebro y dirige los movimientos. Esta constatación neurológica nos lleva a pensar que es posible entrenarse en el dominio de las emociones y las reacciones comportamentales gracias al teatro y a los juegos de rol, que estimulan estas mismas células del estriatum ventral.[45] La inhibición de la acción, freno del pasaje al acto, no proviene tan solo del poder planificador de los lóbulos frontales. Puede provenir de las neuronas que dirigen los músculos y el teatro puede reforzarla.

La palabra, cuando tiene un efecto pacificador, o los ritos de interacción propuestos por la cultura son factores proveedores de seguridad de origen ambiental.

El determinante genético de la hiperemotividad queda pronto sobredeterminado por los encuentros afectivos pacificadores. La estabilidad afectiva de los padres permite, por lo tanto, a los niños hipersensibles adquirir un control de sus pulsiones, aun cuando se sientan desdichados. La vulnerabilidad emocional no conduce ni a un sufrimiento obligatorio ni a una patología psiquiátrica. Uno llora cuando se conmueve con facilidad, eso es todo. Ante la desgracia, se sufre mucho, pero eso no significa que uno piense en suicidarse. La ideación suicida aparece con mayor facilidad en los *borderline*,[46] «personalidades límite», en quienes el medio afectivo, debido al empobrecimiento del nicho sensorial, ha dejado que se desarrollara una impulsividad autoagresiva.[47]

La adopción lleva a cabo una especie de experimentación cultural

La palabra «adopción» designa la situación jurídica que legaliza la creación de una nueva familia. Cada cultura, entonces, le ha dado una significación distinta: valor político en los romanos, crítica de una filiación que disminuye los vínculos del matrimonio en la Edad Media cristiana (antes de que san Vicente de Paul le otorgara un valor de salvación para los niños), acogimiento resignado de

innumerables huérfanos tras la masacre de la guerra de 1914-1918. Las condiciones de la adopción han cambiado radicalmente en estos últimos decenios. Que se adopte a un niño de pocos meses se ha convertido en un hecho infrecuente, ahora es preciso esperar varios años para que la adopción internacional o la pérdida de la patria potestad por parte de los padres permita al pequeño cambiar de familia. Por lo tanto, el niño que a veces tiene que cambiar de lengua y adquirir un nuevo apego es un niño desarrollado y consciente de su historia. No todos los niños adoptados han sufrido traumas. Constituyen una población increíblemente heterogénea, una especie de experimentación cultural en lo referente al estudio de las modificaciones del apego y los caminos de vida a los que da lugar la adopción.

Las familias adoptantes también han cambiado enormemente. Se trata de una pareja mayor, cultivada, acomodada, que ha sufrido por las dificultades que tuvo para traer un hijo al mundo y desea dar amor a un niño que necesita recibirlo. La condición de las mujeres en la actualidad, que tienen su primer hijo a los 31 años, el rápido aumento de la esterilidad, por cuya causa en 2015 cerca de una pareja de cada tres tendrá problemas de reproducción, hacen de la adopción y de la reproducción asistida (RA) un gran problema futuro.

Los resultados de los estudios son muy contradictorios. Hay quienes sostienen que los niños adoptados tardíamente se desarrollan tan bien como los adoptados en los primeros meses. Otros afirman que se encuentran en esta población muchas dificultades relacionales. En conjunto, esos niños alcanzan un nivel de desarrollo casi tan bueno como el de la población general. Sin embargo, los fracasos individuales no son infrecuentes y pocos trabajos mencionan el suicidio. «El desarrollo psicoafectivo y psicopatológico de los niños adoptados todavía no ha sido estudiado en Francia en el marco de un estudio epidemiológico.»[48]

Hormonas y suicidio

Podemos preguntarnos por qué la pubertad provoca en algunos una eclosión de ideas suicidas. ¿Quizá sea porque la testosterona, que estalla en los niños y aparece lentamente en las niñas, tiene un efecto sobre la musculatura, sobre la intensidad de los deseos y la osadía que facilita el pasaje al acto? No basta, en todo caso, para explicar por qué las chicas tratan de suicidarse mucho más que los chicos.

Quizá sea mejor decir que la eclosión hormonal que hace nacer el deseo conduce a plantearse la pregunta por la propia imagen. «¿Qué chica querrá algo

de mí?», se pregunta el chico, empujado por sus deseos y frenado por su miedo a las mujeres. «¿Soy deseable?», se interroga la chica, autoevaluándose frente al espejo. Ahora bien, esta representación de sí mismo, este «modelo interno operatorio» (MIO),[49] como dicen quienes estudian el apego, se construye en nuestra alma bajo la doble presión de nuestra historia y de nuestro contexto. Nos implicamos en la existencia en función de esta película de uno mismo. Si la memoria del adolescente está llena de fracasos, de maltratos y de vergüenza, cuando surge el deseo avivado por las hormonas, la representación de sí mismo dirá: «¿Cómo quieres que una chica acepte a un miserable como tú?». La desesperanza, la frustración y tal vez incluso la rabia se asocian al deseo.

Pero la secreción de las hormonas no tiene lugar en el mismo momento para las chicas y los chicos; las proporciones no son las mismas y los efectos sobre el organismo son diferentes. Los cartílagos de las articulaciones cuyo cierre marca el fin de la infancia se sueldan antes en las niñas. Algunos documentos hacen pensar que en la Roma antigua las chicas debían de casarse hacia los 16 o los 17 años, o sea, en los dos años posteriores a la aparición de la regla (Salustio). En Occidente, hace tres décadas, las chicas eran púberes a los 13 años. La soldadura de sus cartílagos se producía hacia los 14 años y luego su crecimiento se detenía.[50] Esta pubertad traía la paz corporal, la desaparición de la fatiga del crecimiento y el incremento suave de los deseos sexuales.

Actualmente, en los países ricos, la regla aparece hacia los 10 años y cada vez más ¡hacia los 7 u 8 años! Los bisfenoles que segregan los biberones de plástico podrían desempeñar un papel de trampa endocrina y acelerar la maduración de los ovarios. La no separación de sexos quizá no sea ajena a este fenómeno, ya que las feromonas masculinas estimulan el diencéfalo[51] de las hembras (cerebro precursor de las hormonas). El clima, la altitud, el estrés, el deporte y otras causas heterogéneas convergen en el desencadenamiento de este fenómeno hormonal.

Las prácticas educativas desempeñan por fuerza un papel en esta maduración precoz de las niñas. «Los padres y las madres tienden a ser diferentes según se trate de un chico o una chica […]. Estas prácticas favorecen el apego en las niñas y estimulan la autonomía en los niños.»[52] Y resulta que los niños bien vinculados son los que aprenden con facilidad a hablar y a establecer relaciones sociales. Mientras que la autonomía exalta más bien la heroización de los chicos a quienes se admira... ¡cuando se arriesgan! En una cultura en paz se valoriza el arte de la relación, en el que las niñas ya son expertas. Mientras que la

heroización es una muestra de sufrimiento social cuando un grupo en dificultades elige a un valiente y le pide que éste lo salve.[53]

En el chico, la pubertad es más tardía. La maduración de los testículos y de los espermatozoides no se produce hasta los 12-16 años. El aumento del vello termina a los 15 años. La soldadura de los cartílagos se produce hacia los 16 o 18 años,[54] lo cual explica por qué hoy día hay 18 centímetros de diferencia entre la talla media de los hombres y la de las mujeres, mientras que a comienzos del siglo XX sólo había 12.

Esta maduración retardada explica la fatiga del crecimiento en los chicos a una edad en que las chicas han terminado su período de lasitud ligada al desarrollo. La intensidad de los deseos sexuales, incluso su brutalidad, explica la alternancia entre la inhibición y la explosión de las emociones. Los chicos a quienes no se ha aportado seguridad tienen dificultades para controlar la expresión de sus deseos. La necesidad de seguridad, que las chicas encuentran en la cercanía afectiva, ellos la buscan en las bandas de las calles, que facilitan una socialización extrafamiliar.

El desarrollo de los niños es diferente según el sexo. La convivencia intersexual, decidida por ley, existe poco en las escuelas y en los jardines públicos. Los grupos de niños y niñas son unisexuales y permanecen cerca los unos de los otros sin mezclarse. La preferencia por un compañero del mismo sexo y el rechazo del otro sexo se manifiestan en las niñas desde la edad de 2 años, mientras que es hacia los 4 años cuando los niños prefieren claramente jugar entre ellos.[55]

Al alcanzar los jóvenes la edad en la que deben asumir los dos riesgos principales de su existencia, o sea, la aventura sexual y la aventura social, a veces se hunden. Cada uno reacciona a su manera cuando «se ha constituido una vulnerabilidad específica a las conductas suicidas».[56] Las chicas, más verbales y más relacionales, tratan de suicidarse sin estropear su cuerpo. Mientras que los chicos a quienes su entorno no aporta seguridad y que carecen de confidentes, poco entrenados en la relación íntima,[57] pero cuya violencia es apreciada en las culturas difíciles, no dudan en estrellarse.

El momento en que las hormonas preparan al cuerpo para el cambio sexual también es diferente en los chicos y en las chicas. La morfología de los chicos continúa un mismo proceso. Crecerán, su voz se tornará grave y sentirán esa evolución como una promoción, como un hacerse hombre. Mientras que la anatomía de las chicas se metamorfoseará para convertirse en portadora de

señales sexuales: los senos se hinchan, se marca la cintura y las piernas se hacen más pesadas.

Para un número no despreciable de chicas cuya identidad sexual todavía está mal afirmada, en una época en que quieren, sobre todo, no parecerse a su madre, «sus senos las denuncian como chicas».[58] Cuando quieren ocultar esas hiperseñales sexuales, visten jerséis gruesos, se aíslan en su habitación y responden agresivamente a las burlas de los chicos.

En presencia de las chicas, los chicos poco seguros se encierran en sí mismos, se inhiben y se desesperan porque no saben cómo abordarlas. Cuando no pueden evitarlas, estallan contra sí mismos... ¡o contra ellas!

La construcción de la identidad sexual es una dura prueba. En su mayoría, las chicas están felices con la metamorfosis de su cuerpo, que atrae a los chicos. La mayoría de chicos se desarrollan de un modo más continuo: se hacen más grandes, más fuertes, para seducir a las chicas. Pero cuando alguno está desesperado por pertenecer al sexo que detesta o cuando siente angustia ante la sexualización, a veces puede pensar en desaparecer para resolver su sufrimiento. Entonces, el modo en que considera darse muerte depende de cómo se ha construido su género.

Vínculos y deseo de muerte

Cuando una persona mayor se da muerte tras una decisión madura y dolorosa, su gesto no tiene la misma significación que cuanto un niño lo intenta y pierde la vida. Muy a menudo ya ha estado antes cerca de la muerte.

Puede tratarse de huérfanos precoces que han perdido a uno de sus padres o a ambos durante sus primeros años. En los casos en que se les propuso enseguida algún sustituto afectivo, la sensación de haber tenido padres queda impresa en su memoria, se sienten menos huérfanos y su desaparición deja menos huellas. Por el contrario, cuando la muerte de los padres desgarra el nicho afectivo que rodea a un pequeño, cuando la familia y la sociedad no le proponen un entorno sustitutivo, el niño adquiere una capacidad para percibir el vacío, un abismo que más tarde, en caso de pérdida afectiva, puede hacerle pensar en la muerte.[59]

La amenaza de muerte que un niño percibe a su alrededor desempeña un papel decisivo en la representación que se hace de sí mismo. Cuando cree que su padre matará a su madre durante una discusión violenta, cuando un miembro de la familia es hospitalizado por tentativa de suicidio, cuando se sufre la muerte de

alguien cercano o se murmura que ha atentado contra su vida, cuando la guerra o la precariedad social obligan a pensar en la muerte cada día, cuando los filmes o las información dan de la condición humana una representación mortífera, el niño se familiariza con la idea de muerte.

Todas las culturas han metamorfoseado la angustia de la muerte en obras de arte: esculturas decoradas, capillas, rituales religiosos, películas y novelas. Sin embargo, el niño sólo accede a esta forma de sublimación tras un largo desarrollo. Cuando es pequeño, una amenaza de abandono equivale para él a que lo maten: «Si no haces lo que quiero, te abandonaré». Aunque no dé a la palabra «muerte» la misma significación que un adulto, la representación del abandono suscita en él la sensación de un mundo vacío, de un abismo donde no se puede vivir. Es una sensación de muerte inminente, de urgencia irresoluble, de desesperación cognitiva, la que se apodera del niño.

El padre deprimido, suicida o chantajista ya no puede proporcionar al niño una base segura, lo único que le enseña es el pánico. Cuando vuelve del colegio, el niño entra precipitadamente en la habitación de la madre para ver si ya está muerta. Aprende el espanto.

Esta reacción es muy diferente de la de un niño a quien se le anuncia una enfermedad mortal: éste a menudo se calma y manifiesta un hiperapego que conmueve a los adultos. Su calma es prueba de su resignación, de la pérdida del ansia de vivir. La dulzura de su apego revela su búsqueda de una base segura. Sus allegados, enternecidos y conmocionados, le proporcionan su amor en un estado de felicidad dolorosa. «Me siento feliz por haber calmado sus tormentos. El último año de su vida fue una época de amor maravillosa», dice la madre desesperada por la pérdida de su hijo, feliz sin embargo por haberlo podido acompañar.

Al revés de lo que ocurre en el alma de un niño cuyos padres se han convertido en la base de su inseguridad. Su propia infelicidad imprime en la memoria del niño una sensación de muerte inminente que resulta imposible de calmar. Una vez adquirida esta forma de reacción emocional, el menor acontecimiento despierta en él una mortal desesperación: una mala calificación escolar, la pérdida de una amistad, desencadenan la pulsión grabada en su memoria biológica. Estos niños no sólo piensan en la muerte por nada, sino que esta pulsión adquirida se convierte para ellos en un modo de resolver sus problemas. La solución mortal surge en su mente y se impone, sin que nada pueda calmarlos: «Mamá puede morir de un momento a otro... Papá puede matar a mamá cuando se enfada... Mamá puede abandonarme si hago una tontería...». El

niño no puede contar con nadie, porque la amenaza de muerte proviene de sus padres, de quienes esperaba protección. Entonces, puede suicidarse sin desear morir, como quien salta por la ventana para evitar el incendio de su casa.

Casi todos los adolescentes que expresan una ideación suicida pertenecen al grupo de los *borderline*, esas personalidades que tienen tantas dificultades para construirse. Su humor sufre cambios brutales por alguna cosa insignificante, se encolerizan cuando podrían sonreír, sus vínculos ambivalentes los llevan a agredir a quienes aman y luego lo lamentan, buscan compañías superficiales y, aunque deseen la intimidad que temen, no saben vivir solos, pero sus conflictos incesantes los aíslan. Este estilo relacional difícil resulta de un apego mal establecido a causa de un trauma precoz o una desgracia familiar.[60] A partir del trauma de sus primeros meses, difícil de distinguir porque a menudo se trata de una negligencia afectiva apenas observable sin apoyo, a falta de un sustituto afectivo, con una deficiente elaboración en un medio en el que se habla poco, el niño busca desesperadamente encontrar un tutor de resiliencia. Preocupado por la inconstancia emocional que altera sus relaciones, se priva de la estabilidad afectiva que le habría permitido desarrollarse armónicamente.

El relato que esas personalidades límite hacen de su vida infantil no es nada coherente: asocian en la misma frase el amor y el odio por sus padres, describen a una madre cruel a quien quieren proteger, reivindican el afecto que rehúyen en cuanto se les proporciona.

Cuando un niño pequeño pierde a su madre, no puede decirse que haga el duelo por ella,[61] pero es posible afirmar que el nicho afectivo que le proporcionaba seguridad se ha empobrecido repentinamente. Si está mal rodeado, si los estímulos que recibe son malos, el desarrollo del pequeño se desorganiza. Lo que se inscribe en su memoria es un aprendizaje del desamparo. Y así es como aprende a responder a las inevitables frustraciones de la vida cotidiana.

Cuando un sustituto afectivo precoz calma al niño y le ayuda a reanudar un nuevo desarrollo, se instaura una personalidad particular. El cuerpo se calma, se organizan algunas relaciones agradables, pero la huella biológica de la pérdida de los primeros meses, sepultada bajo la reanudación del desarrollo, no se borra por completo. En la adolescencia, cuando hay que apelar a la imagen que uno se forma de sí mismo para intentar la aventura sexual y a la confianza en uno mismo para intentar la aventura social, esta vulnerabilidad adquirida puede resurgir y provocar el hundimiento.

A las huellas biológicas de la pérdida se añade el sentimiento de no ser como los demás: cuando uno no tiene padre o cuando éstos son maltratadores, cuando están enfermos o en la cárcel, esta representación que depende de los relatos culturales amplifica la vulnerabilidad biológica. El pensamiento suicida resulta de la convergencia de todas estas causas heterogéneas.[62]

El comportamiento psicosocial de un adolescente, por lo tanto, está relacionado con el tipo de vínculo que ha adquirido precozmente. Cuando una desgracia temprana imprime su fascinación en el mundo mental de un niño, tendrá muchas posibilidades de hundirse en la adolescencia.[63] La potencialidad del suicidio en la adolescencia está fuertemente correlacionada con el estilo afectivo preocupado que provoca dificultades relacionales.

Un niño maltratado antes de los 4 años aprende a desconfiar de los demás. Reacciona a todo encuentro con una retirada.[64] Este aislamiento, o, mejor dicho, esta distancia afectiva retrasa sus aprendizajes. Habla menos, se vuelve periférico y autocentrado. Se siente atacado, grita, evita, huye, agrede para defenderse y se aísla para sufrir menos. Al defenderse de este modo frena el desarrollo de su empatía. No se entrena en la representación del mundo mental de su entorno, lo cual altera la subjetividad.

La negligencia afectiva, cada vez más frecuente debido a la modificación de las estructuras familiares por las condiciones modernas de existencia, empobrece el nicho sensorial de los primeros meses. De ello resulta una inseguridad íntima, un retraso relacional en la escuela, un sentimiento de incompetencia.[65] El niño que ha adquirido un «yo sin valor» se crea a veces la ilusión de que se revaloriza convirtiéndose en delincuente. Triunfa sobre su miedo y provoca al fin la admiración de sus compañeros de banda. Este beneficio inmediato tiene un coste exorbitante, ya que sitúa al niño en una trayectoria de desocialización.

Felizmente, tendencia no significa fatalidad. Basta, en efecto, con una sola relación estructurante con otro padre o con un amigo, un encuentro con un adulto significativo, para enderezar el timón y corregir la trayectoria.[66] Hay que subrayar que los adolescentes que han adquirido una vinculación segura en su infancia temprana son quienes aceptan con mayor facilidad que se les ayude a volver «al buen camino».

Estos niños que cuentan con una base segura suponen a lo sumo entre un 15 % y un 20 % de las depresiones suicidas y, aun en este caso, saben encontrar ayuda. Los que no cuentan con ella, que representan entre el 80 % y el 85 % de la población de los suicidas, tienen formas de sufrir características de su estilo de

apego. Los evitadores enmascaran su sufrimiento, se aíslan, simulan no necesitar ayuda. Y, cuando se les invita a hablar, responden: «No me acuerdo... No sé». Por supuesto es falso. Los ambivalentes piden ayuda, pero cuando se les ofrece nos agreden o huyen, no sin reprocharnos que los abandonemos. Los confusos son los niños más difíciles de entender y de ayudar: esto explica su pronóstico sombrío.

En conjunto, el hecho de compartir mal la angustia por no saber expresarla o porque el entorno no quiere oírla hace que el niño derive hacia mentalizaciones autocentradas que acaban convirtiéndose en reflexiones depresivas.[67]

La autoagresión de un joven va a menudo dirigida a una persona cuyo afecto reivindica.[68] Ello no significa que esos niños no fuesen amados. Su carencia afectiva subjetiva proviene a menudo de un empobrecimiento precoz del nicho sensorial a causa de una enfermedad orgánica, una desgracia familiar o una desorganización social. Todas estas causas heterogéneas confluyen en el entorno sensorial del niño, empobrecen su nicho e imprimen en su memoria un estilo afectivo que puede conducirlo a una carencia afectiva subjetiva. El niño no se siente amado aun cuando ha tenido padres afectuosos.

Los niños cuyo entorno les ha dado seguridad tienen padres que pueden alejarse y proseguir su aventura social sin que el pequeño se sienta abandonado. La distancia sensorial real es grande, pero no altera la proximidad afectiva bien instalada en el alma de un niño que se siente seguro.

Psicología del pasaje al acto

Ha quedado bien establecido que existe un vínculo entre un empobrecimiento perinatal y un riesgo suicida. Sin embargo, no puede decirse que una dificultad sobrevenida en torno al nacimiento será luego causa de un suicidio. Aun cuando se haya producido la vulnerabilidad neurológica, es necesario un acontecimiento para desencadenar el pasaje al acto. Cuando el sistema nervioso ha quedado fragilizado por un empobrecimiento precoz, ciertas situaciones producen el efecto de un drama insoportable.

Setecientos mil suecos, nacidos entre 1973 y 1980, fueron objeto de seguimiento durante este período de tiempo. Cuando se habían dado precozmente factores de fragilización, los sufrimientos clínicos tenían lugar algunos años más tarde.[69] En conjunto, el estrés materno desempeñaba un papel de primer orden en la adquisición de una hipersensibilidad neuroemocional del

niño, pero la formación de tal temperamento no era suficiente para explicar el pasaje al acto. Era preciso, además, que el niño se desarrollara en condiciones adversas: la juventud de la madre, la soledad o una desgracia que afectaba a los padres empobrecían el nicho privándolo de una base de seguridad y haciéndolo incapaz de dominar sus impulsos.

La violencia entre los padres constituye para el niño una agresión constante. Sucede también que el ataque provenga de los hermanos. Este determinante poco explorado nos ayuda a comprender que en ciertas familias numerosas, donde el padre desaparece por la mañana para ir a trabajar, la madre, abrumada, ya no puede proporcionar seguridad. Conflictos entre clanes de niños hacen reinar una violencia cotidiana a menudo ignorada por los padres desbordados. Puede ocurrir entonces que una hermana o un hermano mayor impongan a los pequeños un terror sádico. El entorno afectivo muy alterado no proporciona a estos niños la posibilidad de calmar su vulnerabilidad neuroemocional, mientras que sus padres, aunque estén agotados, son cariñosos.

A veces es un niño con alguna disminución quien, al monopolizar la atención de los padres, priva de atención al resto de la fratría y provoca rivalidades y celos. «Cuando las pulsiones agresivas que habitan en el niño superan sus capacidades para gestionarlas […], el pensamiento del adulto torna inofensivas las pulsiones de muerte.»[70] Esto significa que, cuando los padres están muertos, deprimidos o desbordados, el niño queda sometido a sus pulsiones.

Los acontecimientos más estudiados son los más fáciles de comprender: el maltrato y la agresión sexual. Los maltratos en la infancia son los que tienen efectos nocivos más duraderos. Se sabe que una privación afectiva precoz provoca una atrofia de las neuronas prefrontales que, cuando están bien conectadas, deben inhibir las llamaradas de la amígdala rinencefálica, base neurológica de la emoción. Cuando un niño es maltratado constantemente sin que se le haya aislado de su entorno, sus amígdalas se disparan al menor acontecimiento. Sus lóbulos prefrontales, aunque bien desarrollados, ya no consiguen calmar un sistema nervioso constantemente alerta, para el cual el menor acontecimiento tiene el efecto de una agresión.

Tal hiperactividad emocional provoca trastornos de la relación. El entorno tiene dificultades para establecer vínculos con un niño que explota, grita, llora o se aísla a la menor ocasión. Los padres pierden su poder estructurante y, cuando reaccionan también ellos explotando o abandonando al niño, agravan el proceso que lo deja sometido a sus pulsiones.

La agresión sexual a niños no siempre pasa por la violencia física. La mayoría

de las veces se trata de alguien cercano que engaña al niño: éste espera una relación de ternura y con lo que se encuentra es con una relación sexual que es incapaz de entender. Se trata para él de una intromisión brutal en su cuerpo, cometida por una figura con la que ha establecido un apego. El abusador no sólo viola al niño, sino que además traiciona su afecto. Esta relación destructiva, que puede durar años, instaura en la mente del niño una representación de sí mismo que lo emparenta con una cosa sexual de usar y tirar. Casi siempre, el agresor obliga al niño al silencio amenazándolo o culpabilizándolo: «Si se lo dices a mamá, ella morirá por tu culpa». El niño violado, traicionado, sin protección, debe escindir su personalidad en dos: una parte que habla, va al colegio y juega; la otra, que sufre en secreto. Esta división de la personalidad explica la sorpresa del entorno, asombrado de que un niño tan pequeño haya podido atentar contra su vida.

El cúmulo de acontecimientos que desencadena el acto suicida resulta de una cascada de desgarros invisibles, de una convergencia de acontecimientos de diversa naturaleza. El empobrecimiento sensorial provoca un disfuncionamiento cerebral que altera la relación y suscita en el niño un sentimiento de sí mismo como carente de valor. La muerte no es gran cosa cuando uno se ha desarrollado así. Una colleja basta para pasar al acto. Una frase hiriente, una pequeña frustración, una disputa familiar, una mala calificación en la escuela o el cambio de domicilio de un compañero pueden provocar una deflagración emocional que ningún argumento es capaz de calmar.[71]

Las condiciones de la agresión participan también en la significación que el niño atribuye al acto sexual. Cuando la diferencia de edad con el abusador es de más de cinco años, el niño se siente como una cosa sexual, atrapada, traicionada, mancillada y rechazada. Entonces se le puede ocurrir la idea del suicidio. Cuando la diferencia es inferior, no es infrecuente que para el niño agredido el acto sexual adquiera la significación de un juego prohibido. «No está bien», piensa el niño, es una transgresión accidental, entre jóvenes. Las consecuencias son menos nocivas.

Cuando el abuso se repite en una relación duradera, habitualmente se produce la destrucción de la personalidad. El 20 % de las adolescentes agredidas sexualmente sufren una depresión, en comparación con el 6 % de la población de jóvenes no agredidas.

La coacción para que se calle, el sufrimiento mudo, la retracción afectiva que comportan las negligencias educativas, participan en la construcción de las personalidades límite. Nueve *borderline* de cada diez han sido niños

desatendidos.[72] La desestructuración del nicho impidió la estructuración de su personalidad.

Las causas de esta desestructuración son numerosas: abandono, aislamiento, empobrecimiento por depresión parental, incluso un sobreinvestimiento afectivo que, acaparando al niño, constituye una restricción de sus posibilidades de amar. Los trastornos del funcionamiento de la familia perturban el del niño. Cuando, en su infancia, el padre narcisista no ha podido desarrollar su empatía y luego se ha casado con una mujer que se ha dejado borrar, el niño se encuentra de nuevo sometido a una relación de dominio. Y cuando este hombre que no se siente padre olvida que la niña es su hija y la considera una pareja sexual, siempre hay disfuncionamiento familiar.[73]

El niño cosificado, carente de seguridad, aturdido, no puede desarrollar su autoestima. Un contexto familiar así sitúa al niño en una banda deslizante que lo lleva a la depresión. La vergüenza, la culpabilidad, la escisión de la personalidad provocan la inhibición de la expresión de sus emociones. Solo, sin poder compartir su sufrimiento, sin ayuda y sin posibilidad de descifrar lo que le ocurre, el día en que comprende qué es la muerte se deja atrapar por ella. Quizá escriba una carta de adiós, quizá ceda a un impulso repentino, pero lo más habitual es que esté tan confuso que analice mal la situación, no procese todas las informaciones y se asome demasiado por una ventana o se baje de un autobús en marcha. Entonces los adultos hablan de accidente.

Los abusos sexuales son más nocivos que las agresiones sexuales.[74] Cuando un niño es agredido en la calle por un pedófilo desconocido y, tras esta violencia, es apoyado por su familia, manifiesta menos trastornos que cuando ha sufrido una relación cotidiana con alguien cercano.

El mundo mental de los suicidas

La angustia de un niño es a menudo difícil de percibir, porque vive en un tiempo inmediato. Tremendamente desgraciado a las 10 h., puede sentirse intensamente feliz a las 10.15 h., porque alguien le habla amablemente. La predicción no resulta fácil cuando el tiempo corre tan deprisa.

Un adolescente vive ya en una representación del tiempo más larga: «Me dejó, ya nunca más podré ser feliz. Mi vida ya no tiene sentido sin ella». La pérdida afectiva es definitiva, la desgracia presente se dilata hasta el infinito. La muerte, en tal representación del tiempo, se presenta como un alivio.

La angustia del 12 % al 15 % de nuestros adolescentes es algo penoso de ver. Abatidos, pálidos, ojerosos, inmóviles e inexpresivos, pueden explotar repentinamente contra los demás o contra ellos mismos.

Entre estos dos cuadros opuestos, estos niños grandes expresan a menudo enunciados presuicidas, muestran comportamientos semantizados: un muy buen alumno se convierte en malo, una chica rodeada de amigas se aísla en su habitación, un chico sonriente se vuelve sombrío y se encierra en sí mismo. A veces expresan quejas somáticas confusas. «Dolor de tripa... dolor de cabeza...» significan: «Me siento mal y no sé por qué». El médico consultado declara que todo va bien y el joven sigue perdiendo pie. En Francia, un 17 % de los alumnos consideran que la muerte podría ser un alivio. Algunos de ellos pasarán al acto, unos pocos lo conseguirán.[75] Los jóvenes no saben que la pulsión de muerte no siempre es un deseo de muerte. Lo comprenderán más tarde, cuando una nueva forma de vivir los lleve a pensar: «Por suerte no funcionó. Fascinado por mi sufrimiento, no había comprendido que había otras soluciones».

Se podría describir el proceso que, a partir de la idea suicida, conduce al acto en estos términos:

«Me siento mal y no sé por qué.»
«No encuentro solución. La idea de morir, como un relámpago, me ofrece una posible salida.»
«Con cada dificultad esa idea me vuelve a aparecer, cada vez más fácilmente.»
«Me siento tan mal que ya sólo pienso en eso.»
«Preveo, planifico el gesto que me aliviará de la existencia.»
«Bastaría con poca cosa para que decidiera matarme.»[76]

Cada etapa es reversible (salvo, por supuesto, el suicidio logrado),[77] pero en los preadolescentes este proceso es más atropellado: un chico se siente mal, vuelve a estar alegre y, de repente, pasa al acto. Esta progresión puede tener lugar mediante accesos de desesperación, pero como la representación del tiempo es breve en el niño, es mejor hablar de «crisis suicidas» que pueden resolverse cuando se cambia de contexto familiar, cultural o de grupo de amigos.

Cuando piensa en darse muerte, el adolescente sufre, el adulto se hunde, mientras que la persona de edad ya se ha hundido antes y el niño cede a una pulsión instantánea. Sin embargo, no todos los niños experimentan esta emoción que los empuja al acto. Aproximadamente el 10 % de los niños suicidados pertenecen a una familia en la que ha habido muchos suicidios.[78] El

determinante genético de la serotonina desempeña un papel en la emoción, mucho más que en la idea de la muerte. El moldeado cerebral epigenético de los primeros meses merma los lóbulos prefrontales, que ya no pueden frenar la amígdala, centro neurológico de las emociones. Ahora bien, en cuanto el niño edípico se inscribe en su linaje, se identifica con un pariente suicidado que los relatos familiares han mencionado en voz baja. Con ocasión de ciertas situaciones inevitables de la existencia que lo ponen a prueba, le acude este modelo y no puede alejarlo de sí debido al modo en que su cerebro ha quedado moldeado. Estos niños habían manifestado con anterioridad algunos comportamientos semantizados: su entorno se había sorprendido ante su intensidad emocional y la frecuencia de sus comportamientos autocentrados, a veces autoagresivos.[79] En esta convergencia de determinantes, se advertía igualmente que la familia estaba aislada, era rutinaria y carecía de amigos y acontecimientos externos.

En un sistema familiar así, un niño hipersensible sólo puede apegarse a un adulto emotivo. No tiene otra elección. Este niño intenso, difícil de frenar, se desarrolla en un nicho afectivo intenso, cerrado, del que no puede escapar. Tal sistema familiar, en el que confluyen influencias de orígenes diversos (intensidad neurológica, intensidad del hogar cerrado, identificación con el modelo de un suicida), constituye el índice predictivo más fiable de los suicidios de niños.[80] Una tercera parte de los niños con ideación suicida ha conocido este tipo de condiciones de desarrollo. Cuando algunos de ellos han sido retirados de su hogar y confiados a una familia de acogida que los tranquiliza, no se han suicidado, pero han manifestado los desórdenes afectivos de las personalidades límite.[81] Y cuando la pubertad, sobre todo en los niños, inflama el cuerpo estimulando los núcleos del diencéfalo y los neuromediadores,[82] el conjunto converge en la explosión de las emociones que nada podía canalizar: ni el contexto apaciguador, ni la aptitud para verbalizar, ni los ritos de la cultura.

Este desorden afectivo no es por fuerza un trastorno psiquiátrico, pero crea trastornos relacionales, conflictos frecuentes y una difícil socialización, que pueden conducir a la depresión. Cuando se pregunta a los allegados de un adolescente suicidado, éstos responden a menudo que era un joven difícil, pero cuando se interroga al entorno de un niño suicidado, lo que se advierte es el estupor, lo imposible de prever. Los adultos describen a un niño precoz, inteligente e impulsivo. Se advertía su carácter particular, como el de muchos niños, pero pensar en la muerte... ¡jamás!

Maduración precoz y suicidios

Nuestros progresos tecnológicos y educativos están provocando una disonancia neuropsicológica, una convergencia de maduraciones que no casan.

La mejora de las condiciones biológicas de la infancia temprana (alimentación, sueño, vacunas) favorece la maduración neurológica. Los niños se vuelven capaces de rendimientos intelectuales y comportamentales mucho más precoces que los de las generaciones anteriores. La mejora del nicho afectivo da mayor seguridad a los niños, los dinamiza y hace progresar sus rendimientos relacionales. Dos tercios de nuestros pequeños se afirman cada vez más tempranamente gracias a estos progresos.

Parece, ciertamente, que las niñas, debido a su estabilidad biológica y emocional, sean las principales beneficiarias de la mejora de las interacciones precoces: «Las niñas […] pasan por las etapas del desarrollo más precozmente que los niños, alcanzan el nivel de cincuenta palabras y la combinación de palabras algunos meses antes que sus pares masculinos (17-20 meses en las niñas, 21-24 meses en los niños)».[83] La superioridad femenina puede atribuirse en parte a la estabilidad del desarrollo precoz, genéticamente determinada por los cromosomas XX. Por otra parte, hasta la pubertad, las consultas de paidopsiquiatría son frecuentadas por una amplia mayoría de niños cuyo desarrollo biológico, determinado por XY, es difícil. La mayor secreción de testosterona hace a los niños más osados y más movedizos, lo cual no es una ventaja en una cultura donde la escuela y los oficios del sector terciario exigen la inmovilidad física.

Por supuesto, los estereotipos culturales amplifican esta diferencia, como una caja de resonancia. Los adultos educadores gustan de hablar con una niña bonita y dócil que raramente transgrede,[84] mientras que tienen tendencia a estimular, sin siempre darse cuenta, las proezas físicas de los chicos, para luego exigirles que se porten bien. En este estadio del desarrollo, la coerción es mayor para los niños y el placer relacional es más claro con las niñas: «La identificación de rol de género parece más difícil que antes, particularmente para los hombres […] Las prácticas educativas de los padres y de las madres favorecen más el apego en las niñas y la autonomía en los chicos».[85] Pero el apego generador de seguridad facilita los aprendizajes y las relaciones verbales, mientras que la autonomía precoz constituye un reto para un niño pequeño. Según las circunstancias sociales y culturales, la presión del conformismo va dirigida más intensamente a

las niñas (llegar virgen al matrimonio, ocuparse de la familia) o a los niños (bajar a la mina, ir a la guerra).

En el occidente contemporáneo hay disonancia entre autonomía e independencia. Desde que se considera a los niños como personitas, nos dirigimos a ellos más educadamente, se les pregunta su opinión, nos extasiamos ante sus respuestas, que en efecto demuestran una maduración precoz, sobre todo en las niñas. Los progresos psicológicos de los padres han provocado un progreso neuropsicológico, con el consiguiente incremento de la autonomía mental de los niños, capaces hoy día de expresar su mundo íntimo y estimulados para que lo hagan.

Sin embargo, nuestros progresos tecnológicos han provocado un retraso en la independencia. En nuestra cultura, que valoriza lo terciario, no se practica lo social con el cuerpo, sino con diplomas y talento relacional. En las generaciones anteriores, los chicos iban a la mina, a la fábrica o a los campos desde los 13 años, inmediatamente después de obtener su certificado de estudios. Las chicas también iban a la fábrica o a los campos. Pero cuando permanecían en casa, en el contexto técnico del siglo XIX, vivían la vida familiar como un remanso de paz, de confort y de trabajo, y al mismo tiempo como una renuncia a una realización personal.[86]

Hoy día, la independencia social pasa por la adquisición de un diploma. El aprendizaje de un oficio da acceso a la independencia hacia la edad de 24 años para las chicas y de 26 años para los chicos.

Autónomos cada vez más pronto, pero independientes cada vez más tarde, los jóvenes experimentan un sentimiento de represión injusta, cuando probablemente nunca han sido tan libres y respetados como ahora. Las chicas, sobre todo, se sienten incómodas porque gobiernan su mundo mental con mayor facilidad, y su realización social, con mayor dificultad.[87]

Esta disonancia sociobiológica es fuente de conflictos con los padres que no pueden aceptar que su hija de 9 años se maquille y decida «ir a la discoteca». La negativa indigna a la joven, que generaliza en exceso, como se suele hacer a esa edad: «Impiden a los jóvenes que sean felices». Todo obstáculo es vivido como una frustración intolerable.

Si los padres se encuentran en dificultades en ese momento, debido al paro, una depresión o el Alzheimer de la abuela, ya no son capaces de aportar seguridad al chico, lo cual desencadena un trastorno relacional. El tormento familiar hace a los padres incapaces de estructurar las reivindicaciones de sus

hijos.

A esa edad el contagio emocional es intenso, sin que se pueda hablar verdaderamente de «efecto Werther». Cuando Goethe, en 1774, escribió *Las penas del joven Werther*, que se suicida debido a una aflicción amorosa, su libro provocó una epidemia de suicidios.

Las oleadas de contagio suicida son muy infrecuentes en el niño. Se ven más a menudo en las adolescentes que quieren morir juntas para demostrarse su amor extático, o en los muchachos, que se dejan arrastrar a un sacrificio heroico.

Desarrollo doloroso

Son sobre todo los niños *borderline* los que se suicidan.[88] El doloroso desarrollo de su personalidad se atenúa con la edad y con el aprendizaje de las relaciones. Se tiene la impresión de que necesitan entre 30 y 40 años para conseguir una personalidad sólida y apacible, mientras que basta con 25-30 años para la mayoría del resto de jóvenes. Las personalidades límite tienen un desarrollo caótico y hecho de conflictos, de rupturas y fracasos afectivos y sociales. Pasan por tantas pruebas en su historia, que entre el 70 y el 90 % piensan en el suicidio y el 10 % lo logran. ¡Cifra enorme!

Muchos niños depresivos son ansiosos, se sienten desgraciados y se repliegan en sí mismos de tanto daño que les hacen las relaciones. La vida cotidiana les es un sufrimiento y, sin embargo, no por fuerza piensan en el suicidio. Se dice que los «estados límite» se encuentran al borde la locura. Aunque esta palabra no significa gran cosa, hay que constatar que los niños criados en una completa carencia relacional en ciertas instituciones asilares adquieren a menudo la apariencia de niños autistas: lenguaje casi ausente, evitación de la mirada y de todo contacto, actividades autocentradas (puesto que no hay otro), balanceos, giros sobre sí mismos, autoagresión ante la menor emoción. Al borde de la psicosis, nunca tienen delirios ni alucinaciones. Su adaptación a lo real es buena, pero el dolor de las relaciones provoca un caos en el desarrollo. En ellos se alternan los impulsos de acercamiento a los demás y el conflicto, la inhibición y la explosión, la desesperación y la euforia.

En este género de trastornos de la construcción de sí mismo, encontramos algunas constantes. Ha habido una cascada de traumas durante las interacciones precoces: enfermedad, muerte de uno de los padres o violencia conyugal. El determinante genético probablemente exista, ya que en una misma situación no todos los niños reaccionan de la misma manera: algunos se aíslan, se repliegan

en sí mismos y tienden a la indiferencia para sufrir menos. Otros se pelean, explotan, piden socorro y agreden a quienes les ayudan.

Estos niños se dirigen hacia una adolescencia terrible: descubren la droga, se pelean, son atraídos por las bandas de delincuentes o de marginales.

Las chicas tienen relaciones sexuales desde los 12 años, gran número de parejas sin amor, enfermedades sexuales y embarazos precoces.

Los daños son enormes en esta población: suicidios, delincuencia, automutilaciones, handicaps psicosociales, pero en quienes consiguen atravesar estas catástrofes, ¡la evolución es favorable! Entre los 30 y los 40 años, estos jóvenes se calman, aprenden un oficio, fundan una familia y tienen amigos con quienes establecen relaciones placenteras. El 70 % serán equilibrados. Este pronóstico, aunque muy tardío, es casi igual de bueno que en la población general, el 80 % de la cual se las arregla bien en la existencia.

Se tiene la impresión de que, en este cuadro de graves trastornos del desarrollo, algunos períodos críticos se han dado sin una base que aportara seguridad. El niño fracasa en ciertos momentos decisivos (lenguaje, escuela, relaciones) porque el marco le ha fallado en ese momento. La integración de las pulsiones sólo es posible cuando éstas son contenidas, ordenadas por límites afectivos y productores de sentido: la estabilidad parental, la escuela, el arte, la escritura y el deporte proporcionan algunos de los límites estructurantes. «Las condiciones traumáticas de la infancia impiden precozmente el establecimiento de bases narcisistas sólidas.»[89] Pero cuando un sujeto así encuentra su marco, el desarrollo de su personalidad tiende a la armonía. Lo cual no significa que todo esté resuelto y que el pasado se haya borrado. A pesar de los traumas de la infancia, dos niños heridos de cada tres recuperan un desarrollo resiliente. Una tercera parte se incluye en una población de adultos con dificultades. Pero todos ellos confiesan que cuando eran niños pensaban en darse muerte.[90]

El compromiso impide el suicidio

«Desde los años setenta, en la mayoría de los países occidentales […] el suicidio de los jóvenes ha crecido mucho y el suicidio de los viejos ha disminuido mucho.»[91] ¿Por qué la gente se suicida más el lunes y menos el miércoles? ¿Por qué en China las jóvenes se suicidan más que los varones? ¿Por qué los períodos de cambios sociales provocan siempre un gran aumento de los suicidios? ¿Es éste el motivo de que los suicidios hayan aumentado en India, en China y en

Rusia, mientras que han descendido en Occidente?

Un inicio de respuesta surge cuando se advierte que cada vez que las familias se reúnen (el domingo, durante las vacaciones, las actividades rituales religiosas o laicas, artísticas o deportivas, el número de suicidios disminuye de modo obvio. «Los sistemas familiares de vínculos múltiples son claramente mucho más protectores para los niños.»[92]

Cuando las mujeres se comprometen en la maternidad, se suicidan poco. «La domesticidad las protege.»[93] No es la vía más descansada pero es la fuente de apoyo más efectiva. Los hombres también encuentran protección en su compromiso laboral y familiar, pero es el contexto tecnológico el que estructura su modo de comprometerse.

Lo que se llama el «progreso», la evolución de la técnica, la mejora en la satisfacción de las necesidades (alimentos, comodidades, ocio, cuidados) disminuyen la necesidad de solidaridad. Hasta la increíble expansión del sector terciario en las últimas décadas, la protección social provenía de la pareja. Cada uno contaba con el otro. Uno hombre no podía vivir sin su mujer cuando se iba andando a trabajar, a las 4 de la madrugada, y volvía agotado por sus doce horas de esfuerzos y el sufrimiento que suponía cada gesto. Una mujer no intentaba vivir sin un hombre en una época en que el trabajo era una tortura física y el hogar, por el contrario, ofrecía un remanso de seguridad y dulzura.[94]

En las culturas de alta tecnología, la presencia del otro se convierte en una traba. Pero en caso de desgracia esas personalidades tan realizadas se encuentran, sin embargo, solas y sin apoyo, sometidas a sus propias pulsiones y sus cavilaciones. En los países ricos, quienes más se suicidan son los pobres aislados, cuando no tienen trabajo ni la solidaridad de otros y carecen de un compromiso afectivo o social.

En nuestro contexto social y cultural, el nicho sensorial que da seguridad y dinamiza a un niño está, por lo tanto, estructurado por el campo afectivo de los padres y su entendimiento sentimental. El desarrollo del niño mejora gracias a nuestros progresos higiénicos, alimentarios y educativos. En el siglo XX, bajo el impulso de los psicoanalistas, se comprendió que había que hablar a los niños y darles la palabra con el fin de tejer vínculos capaces de aportar seguridad. Sin embargo, este mismo contexto de progresos técnicos ha diluido el nicho de los sistemas familiares. Mientras que el desarrollo del cuerpo y del intelecto de los niños ha mejorado claramente, el alma se siente menos segura, porque los tutores se alejan en el espacio de la cultura técnica. Los niños cuyo desarrollo se ha

acelerado se vuelven ansiosos y, en caso de una desgracia, ninguna estructura ambiental puede calmar sus cavilaciones. Sin otro, el niño permanece sometido a su mundo íntimo. En caso de angustia, puede aniquilarse, huir por la ventana, reunirse con su abuela muerta sobre su nube, hacerse daño, autoagredirse o sacrificarse para exponer sus heridas y sentirse al fin existir bajo la mirada de los demás.[95]

Todos los cambios en el entorno provocan períodos sensibles capaces de despertar las huellas de una vulnerabilidad precozmente adquirida. Todo cambio en la familia (muerte, depresión, enfermedad, conflicto tormentoso o subterráneo) empobrece el círculo de seguridad y deja al niño abandonado a su mundo íntimo doloroso e impulsivo. Las crisis sociales, al modificar las estructuras familiares y debilitar el hogar, crean períodos en los que hay más suicidios.

Tras la Revolución Francesa se observó un aumento de los suicidios, con un pico en particular entre el año VI y el año IX. Más tarde, bajo el Imperio, en el año 1812, hubo una verdadera epidemia. En aquella época lo más común era ahogarse, porque la gente no tenía ocasión de aprender a nadar y los marinos preferían morir deprisa cuando caían al agua. Las cartas escritas por quienes iban a suicidarse hablaban casi siempre de la desesperación de vivir en sociedad.

Cada época ha dado al suicidio una significación diferente: un último acto de coraje, entre los romanos; una blasfemia para los monoteístas; un último acto de soberanía bajo las dictaduras; la reparación de un deshonor en las culturas del conformismo. El suicidio de los niños occidentales habla cada vez más de un fracaso de la autorrealización: «No estoy a la altura de mis sueños... Voy a decepcionar a mi madre...».

Tradicionalmente, los campesinos se suicidaban poco cuando vivían en grupo y estaban constantemente ocupados. Desde que la urbanización vació los campos y transformó a los campesinos en emprendedores, químicos, contables y mecánicos solitarios, se suicidan mucho.

Erotización del miedo a morir

Aunque es cierto que el suicidio golpea a quienes han adquirido precozmente un factor de vulnerabilidad, ¿puede considerarse un indicador de fracaso social? ¿Significaría esto que estamos pasando de la cultura solidaria de los cazadores-recolectores a la cultura solitaria de Narciso? ¿Se puede jugar con la muerte para crear en el fondo de uno mismo una sensación de existencia? Los juegos

peligrosos tienen la función de domesticar el temor. Cuando se tiene miedo del otro, se inventa uno un juego para aprender a dominarlo. En la época en que la violencia era un valor de socialización, cuando había que luchar contra los animales, contra el frío, contra el hambre, en el trabajo de la mina, contra los hombres de la ciudad vecina, se enseñaba la guerra a los niños para prepararlos para el sacrificio promoviendo la heroicidad.

Entonces se inventaban juegos con la muerte. Uno se sentía iniciado, más fuerte que ella. Todas las culturas han inventado ritos de iniciación que permitían a los niños familiarizarse con la idea de la muerte, afrontarla y triunfar sobre ella.

Desde que las culturas modernas nos han hecho creer que ya no valorizan la violencia, las iniciaciones que rozan el sadismo son muy criticadas. Este progreso moral no suprime el miedo a morir. Entonces, los niños, los chicos sobre todo, inventan juegos iniciáticos secretos que ya no son controlados por los adultos. Se juega a acercarse a los coches hasta que pasan rozando, se arroja uno por las escaleras para provocar la euforia haciéndole un corte de mangas a la muerte.

Los hinchas de los equipos de fútbol que van al estadio para buscar pelea cuentan el miedo que precede a los choques y la exaltación posterior. Algunos delincuentes describen la angustia antes de dar un golpe y, la semana posterior, la excitación constante, día y noche, como una inmensa ebriedad sin alcohol.

Todo ocurre como si el simple hecho de codearse con la muerte y escapar de ella hubiera provocado un momento de felicidad y participara de la construcción de la identidad del joven: «Soy yo, el que ha sobrevivido a la guerra […] ¿Te acuerdas de aquella noche que nos acorralaron los hinchas de aquel equipo?». Y se ríen de esta evocación, están orgullosos de haber desafiado a la muerte. Saber de qué se es capaz produce una curiosa sensación de estabilidad.

No hay cultura sin ritos de iniciación. El proceso se esquematiza de este modo: la palabra de un chico mayor es considerada todavía como la de un niño. Se le saca del grupo de los pequeños, se le lleva al bosque, donde tiene que codearse con la muerte, pero no se le abandona, se le rodea culturalmente con cantos, danzas, armas y encantamientos, para ayudarle a vencer a la muerte. Ahora que ya ha sido iniciado, puede entrar en el grupo de los adultos, donde será acogida su palabra, pues ya se ha convertido en responsable.

El cambio de condición y en la autoestima ha pasado por una victoria sobre el terror. La mayoría de las culturas ponen a prueba al niño, pero no le maltratan. Incluso al contrario, le acompañan y le dan seguridad para enseñarle a superar el

miedo y a convertirse en alguien orgulloso de sí mismo.

Las derivas sádicas de estos rituales no son infrecuentes. Algunas culturas torturan a los muchachos y ciertas grandes escuelas aprovechan la ocasión para infligir a los recién llegados humillaciones físicas y sexuales.

Se hace necesario prohibir estas derivas. Pero el abandono de los rituales de acogida ya no permite integrar a los chicos, de modo que quedan privados de la posibilidad de adquirir un sentimiento de pertenencia a la cultura de sus mayores. La transmisión de los valores se produce con dificultad y el niño, mal identificado, no tiene la ocasión de descubrir lo que vale. Gran número de jóvenes con un carácter fluctuante, no inscritos en una filiación, se infligen a sí mismos traumas con el fin de identificarse, demostrarse su valor y crear acontecimientos temibles que deberán superar. Pero estas pruebas son inventadas por niños que todavía no han tenido la oportunidad de aculturarse. Por eso, redescubren los procesos arcaicos de iniciación... ¡poniendo en riesgo su vida!

El «juego del fular» constituye probablemente una puesta a prueba secreta, fuera de la mirada de los adultos. El fracaso del juego es el revelador de la tragedia cuando el niño muere autoestrangulado.[96]

Casi todos los niños juegan a aguantar la respiración cuando comprenden hasta qué punto el hilo de la vida es tenue. Basta con meter la cabeza bajo el agua en la bañera, dejar de respirar durante algunos segundos... ¡la vida pende de un hilo! Entonces bloquean su respiración para conjurar al destino: «Si consigo no respirar durante dos minutos, tendré una buena nota en matemáticas». Por lo general no puede evitar respirar de nuevo, de modo que no hay desgracias. No ocurre igual con el fular, que sigue estrangulándolos cuando la pérdida de oxígeno les ha hecho perder le conocimiento.

Algunas decenas de niños cada año mueren por este juego. Su significación es a veces conjuratoria (tendré una buena nota). Lo más habitual es que se trate de una búsqueda de sensaciones extremas o una simple puesta a prueba exploratoria, «para ver».

Cuando se evita la muerte, a veces se constatan secuelas: epilepsias cuya causa el niño no confesará jamás, o enlentecimiento cognitivo provocado por la anoxia.

Pocas veces puede explicarse este gesto por una depresión, o por un trastorno del desarrollo de la personalidad, pero es posible preguntarse por qué un niño de 7 a 12 años necesita someterse a una prueba tal.

Se pueda dar un inicio de respuesta: estos niños se desarrollan bien, en un medio familiar que les protege, pero en su alma infantil, un medio que no los

pone a prueba, aporta una existencia sin acontecimientos. ¿Cómo sentirse vivo si no ocurre nada?

Los padres no otorgan ninguna significación a pequeños signos que podrían suscitar su inquietud. Marcas azules en el cuello, cuerdas o cinturones encontrados junto a la cama, cefaleas, enlentecimiento psicomotor, un extraño interés por la muerte y por la estrangulación.[97] La mayor parte de veces no hay nada que anuncie la tragedia en un niño sin problemas que quiere tan sólo ponerle emoción a su vida, que se ha convertido en algo insulso debido a su propio equilibrio y a su buen desarrollo en una familia atenta. Nuestra cultura educativa, sin duda, ha subestimado hasta qué punto nuestros hijos tienen necesidad, para identificarse, de acontecimientos al borde del trauma. Le corresponde a la cultura proponerlos, con el fin de controlarlos.

No se trata de agredir a los niños para endurecerlos, sino, por el contrario, de acompañarlos para enseñarles a superar una prueba sensata. Cuando la cultura no prepara a un niño para afrontar un peligro, flirteará con la muerte para complacerse eludiéndola. Así, la muerte y el placer pueden acoplarse para crear la inmensa emoción de un acontecimiento secreto, una iniciación arcaica en una vida rutinaria.

Lo que se erotiza en este flirteo con la muerte es el placer de haber sabido escaparse, de haberla evitado cuando ya estaba a punto de atraparle, de haber convertido de esta forma una angustia extrema en la euforia del vencedor.

La resolución del miedo aporta un beneficio relacional enorme: nos apegamos a quienes nos aportan seguridad, admiramos a quienes nos permiten hacernos más fuertes. ¿Es posible prescindir del miedo? ¿A quién nos vincularíamos en un mundo sin peligros?

Todo ser vivo, a lo largo de su desarrollo, experimenta el placer de explorar lo desconocido. Sin una base segura, lo nuevo asusta. El menor acontecimiento tiene el efecto de una alerta. El niño no puede entender nada y el estrés constante acaba enfermándolo físicamente. Por el contrario, cuando dispone de una base segura, cerca de él o incorporada en su memoria, experimenta el placer de explorar lo desconocido. Se aleja de su base, eso le divierte. Lo vive como un acontecimiento que es capaz de controlar, hasta el momento en que se siente lejos de la figura a la que está apegado. Entonces, da la vuelta, huye y se lanza hacia el cuerpo de su madre, se acurruca allí para buscar seguridad. Este vaivén que aparece en todos los seres vivos durante su desarrollo (insectos, pájaros, mamíferos y humanos) asocia el placer de explorar hasta que surge el miedo al

placer de encontrar seguridad en el vínculo que así se desarrolla.[98]

En nuestros niños encontramos también este placer de descubrir lo desconocido que asusta, a condición de que a él se asocie el placer del apego que le proporciona seguridad. Cuando las condiciones educativas protegen a los niños de todo peligro, les están privando al mismo tiempo del placer de vincularse a aquellos que los defienden.

Un mundo sin temor los desmotivaría, los privaría del placer de aprender y de amar. Impediría la adquisición del orgullo de sí mismos. El miedo superado refuerza el yo. Un mundo sin miedo sería gris, carente de acontecimientos, sin historias, hasta el momento en que el joven descubre el riesgo de morir.

Quizá sea ésta la razón por la que la mayoría de los niños flirtean con el peligro. Erotizando el riesgo, constituyen su identidad; pero cuando buscan el peligro sin el control de los adultos o de la cultura, sus comportamientos se convierten en equivalentes suicidas, aunque sin verdadero deseo de muerte. Atraviesan la calle corriendo, se suben a paredes resbaladizas, se asoman demasiado por la ventana, se tiran por las escaleras, sin controlar sus límites.

Un niño que ha sufrido abusos sexuales o negligencia afectiva, privado de una base segura, también trata de constituir su identidad corriendo riesgos excesivos.[99] Cuando los flirteos con la muerte no son controlados por relatos, consejos, las prohibiciones de los adultos y los rituales culturales, el juego erótico se transforma en riesgo mortal. El adulto desesperado habla de un accidente en un juego, cuando en realidad se trata de un déficit cultural en el modo de enfrentarse al peligro.

Los juegos de los *boy scouts* tenían esta función: ¡qué placer dormir al raso por la noche y ser aterrorizado por los gritos de los animales, qué felicidad aprender a navegar en los torrentes, hacer fuego, cortar ramas para construirse un refugio contra los peligros imprevistos.

Los ritos de iniciación permiten acoger a los jóvenes y les dan la oportunidad de sentirse orgullosos de sí mismos, a condición de que los adultos les ofrezcan un marco de seguridad y sensatez.

Suicidios en la escuela

A la mayoría de alumnos les gusta la escuela; entre un 77 y un 88 % de niños (según los sondeos) piensan que hay que ir allí para instruirse y para encontrarse con compañeros. Estos niños sienten mucha estima y a veces incluso admiración

por sus docentes. Para ellos la escuela es el lugar de las obligaciones dichosas, donde hay que esforzarse por aprender y no moverse para escuchar más atentamente. El único modo de superar tales obligaciones es dar un sentido a ese esfuerzo.

Por el contrario,[100] para el 12 % la escuela es una «nueva barbarie».[101] Estos niños viven como una tortura la inmovilidad física (sobre todo los varones), así como el miedo que les producen los demás y el aburrimiento insoportable que aletarga su mundo psíquico.

A veces, la escuela es un lugar de resiliencia. En contra de lo que se suele creer, a muchos hijos de inmigrantes les va bien en la escuela. Allí se realizan, aprenden la lengua, las leyes y los rituales de la cultura de acogida, con lo que ocupan un lugar en la sociedad y las clases medias.[102]

La mayoría de niños maltratados son muy malos alumnos, se llevan a la escuela la desgracia que viven en casa. A veces, un pequeño número se salva en aquel lugar donde se les habla con amabilidad, donde por fin se les plantean problemas humanos y se da un sentido a sus esfuerzos. Cuando observamos a estos niños en su casa, se muestran abatidos y evitan el contacto, mientras que en la escuela se les puede ver alegres y atentos. Experimentan el placer de aprender allí donde se sienten seguros.[103]

La escuela, instrumento de felicidad para buen número de niños, es para otros el lugar de la infelicidad. Para el 20 % de ellos vivir es un sufrimiento y es en la escuela donde son torturados. «No me merezco que me admitan en los exámenes... nunca podré encontrar un trabajo... la escuela es un lugar donde detestan a los niños... es obedecer o morir.»[104]

La escuela «tiene por misión ser una máquina social condenada a producir y reproducir las relaciones sociales de donde emergen las grandes corrientes de la inclusión-exclusión».[105] La precariedad social o intelectual del medio es una fuente de sufrimiento más poderosa que la inmigración. Entre los inmigrantes, por el contrario, muchos sobrevaloran la escuela, pues esperan que gracias a ella a sus hijos «les vaya bien en la vida». Todo aquello que empuja a los niños a la exclusión provoca su sufrimiento: maltrato familiar, maltrato social, color de la piel, obesidad, ser un «hijo de mamá» o mostrar una orientación hacia una sexualidad minoritaria. Las diferencias visibles provocan heridas cotidianas que acaban destrozando al niño. Otras diferencias son invisibles, pero cuando ciertos niños se enteran en su casa de que su compañero de clase es judío o diabético, responden a los lugares comunes de su familia y se las arreglan para soltar

agresiones verbales o mímicas que acaban desgarrando a los compañeros en cuestión.

En grupos de niños diferentes, empujados a la exclusión, no protegidos por su familia o por los profesores, se encuentra una tasa muy elevada de pensamientos suicidas.

Las fuentes del malestar son heterogéneas: cuando una familia es pobre pero está bien estructurada y es cultivada, no transmite miseria afectiva o intelectual. En los años de la posguerra, cuando casi todo el mundo era pobre, un profesor tenía a un niño difícil en una clase de cuarenta. Hoy día se llegan a encontrar siete niños difíciles en una clase de veinte.[106]

Los acosados, los moros, los pelirrojos, los gordos, los «bananias»,[107] así como los buenos alumnos que se salen de la rutina normalizadora, componen, en la adolescencia, un grupo en el que se encuentran cuatro veces más de suicidios que en la población general.

Cuando la escuela no es más que un lugar de instrucción que deja de lado el tiempo de los encuentros, los juegos y las invenciones, se convierte en sí misma en una forma de acoso. En la escuela primaria se evalúa en un 12 % el número de conductas suicidas. En el instituto, esta tentación mórbida aumenta hasta el 35 %. En la universidad, se encuentra un 40 % de ideaciones suicidas y, en ciertas clases que se preparan para el concurso de acceso a las escuelas superiores más importantes, ¡todavía hay más! Cuanto más violento es el acoso intelectual, más abunda la idea de matarse. ¿Será que el deseo de tener éxito aleja a los jóvenes del placer de vivir?

Sin duda, la curva de los suicidios sube con la edad cuando el surgimiento de la sexualidad y de la necesidad de independencia hacen que el miedo y el deseo se mezclen. Estas cifras nos invitan a pensar que una escuela que sea únicamente un lugar de instrucción e ignore la realización de la personalidad empujaría a nuestros niños a la tristeza y, en los casos en que haya una carencia sensorial precoz, provocaría una angustia de muerte.

En efecto, es en la edad en que se acude a la escuela cuando, en caso de exclusión, la idea de muerte puede surgir como un modo de resolver este problema emocional. En la desgracia, se sufre, pero no se piensa por fuerza en la muerte. Por el contrario, cuando se trata de un rechazo por pérdida afectiva o exclusión social, la idea de la muerte acude a la mente de un 12 a un 20 % de los niños.

Carencias sensoriales y autoagresión

Carencias sensoriales y autoagresión

Los estudios de neurodesarrollo nos proponen una hipótesis importante: los bebés que sufren una carencia sensorial en un período sensible de su desarrollo adquieren un trastorno del funcionamiento cerebral que les lleva a reaccionar a las emociones aumentando sus actividades autocentradas.

Cuando un accidente les priva de alteridad, adquieren una aptitud para reaccionar al estrés centrándose en ellos mismos. Si hay alguien cerca, aprenden a orientarse hacia esa figura de apego para encontrar seguridad. Pero cuando las circunstancias precoces les han privado de un objeto sensorial externo, han aprendido a orientarse hacia el único objeto de que disponen: su propio cuerpo. Sus balanceos, los giros sobre sí mismos, sus autocontactos proporcionan estimulaciones sustitutorias. Por eso se observa por lo común que los niños abandonados, aislados o privados de afecto manifiestan estas actividades autocentradas y, cuando la emoción es demasiado fuerte para ellos, se autoagreden violentamente. A la menor tensión interna, se comen las uñas, se chupan el pulgar, se retuercen las manos y, cuando la alerta es demasiado fuerte, se muerden, se arañan el rostro o se golpean la cabeza contra los barrotes de la cama. Todo encuentro con alguien es para ellos motivo de alerta que despierta la huella mnésica de la pérdida. Sólo saben apaciguar la inmensa angustia de la falta mediante una violenta autoagresión. Ciertamente, es la violencia contra sí mismos lo que les apacigua. He podido ver en muchas ocasiones a psicóticos torturados por la pesadilla de su mundo psíquico, gritando de horror para huir de sus alucinaciones, cortarse el antebrazo con un cuchillo. De repente, devueltos a lo real por la herida, calmados gracias al dolor, dejaban de delirar y sonreían.

Los comportamientos autocentrados se reducen cuando se dispone en torno a los niños un nuevo nicho sensorial apaciguador. Sin embargo, la huella mnésica no siempre se borra. Si el entorno es estable, puede que nunca vuelva a expresarse, del mismo modo que puede volver a despertarse con ocasión de un acontecimiento banal, como una mala calificación escolar, una discusión con un compañero o la ausencia momentánea de su madre. Una privación afectiva, anodina para un niño que ha construido un vínculo de apego seguro, adquiere para el niño con carencias el efecto de un vacío vertiginoso que sólo una violenta autoagresión podrá calmar. Darse muerte surge de pronto como la única solución posible para aliviar un sentimiento de pérdida insostenible. Una autoagresión así no es una llamada de socorro. Es el único medio para disminuir el sufrimiento de la terrible angustia del vacío.

Cuando se forma parte del 15 % de niños que sufren en la escuela porque su

familia tiene dificultades o porque es acosado por un rasgo físico o cultural, se corre el riesgo de no aprender nada allí, salvo sentirse desgraciado y aburrirse. Cada año, ciento cincuenta mil jóvenes abandonan la escuela sin conocimientos tras haber padecido años de humillaciones. La mayoría atravesarán la existencia sufriendo muchos traumas. Un argumento cínico, sin embargo verdadero, afirma que esas personas, al tener que recibir toda su vida una ayuda social, costarán más caras al Estado que si hubieran sido bien cuidados cuando eran niños.

Los países del norte de Europa que han invertido en la ayuda a esos niños han obtenido excelentes resultados.[108] Los ritmos escolares son los propios del niño y no los de los adultos. La instrucción empieza mucho más tarde, la escuela sólo es obligatoria a partir de la edad de 7 años, pero el placer de esforzarse por aprender comienza antes. Para empezar, hay figuras que acogen a los niños para aportarles seguridad y que han recibido una formación psicológica de la que las teorías del vínculo constituyen una parte importante.[109] La relación que aporta seguridad y la educación preceden a la instrucción propiamente dicha. Los niños no son calificados hasta mucho más tarde. Hay muchos docentes especializados por cada escuela. Al cabo de diez años se han evaluado los resultados: sólo hay un 1 % de niños que no han accedido a la escritura, el determinismo económico de los resultados escolares (en función del nivel escolar de los padres) es mucho menor, la evaluación de los aprendizajes de los pequeños finlandeses es excelente y la tasa de suicidios ha disminuido en un 40 %.

En Japón muchos niños se suicidan cuando sus resultados escolares no son suficientes. Francia se encuentra bien clasificada en este triste cuadro. Cuando se sabe hasta qué punto los rendimientos escolares varían en función del barrio donde vive el niño, el funcionamiento familiar y los criterios de evaluación, se puede afirmar que una orientación precoz de esta naturaleza constituye una grave injusticia social y que la calificación no eleva el nivel de los alumnos. Sólo es provechosa para los niños que se complacen en esa carrera hacia la dominación. Los otros resultan humillados.

Suicidios y migraciones

Los inmigrantes son expulsados de su país por la guerra, la tortura, el hambre o la sequía. A veces se sacrifican por su familia, que permanece en el país de origen. Son pobres, son atacados, robados, timados durante el viaje. Sobreviven solos, sin familia, son sometidos a control, son apartados y a menudo explotados

por el país de acogida. Y, frente a estas situaciones desastrosas, «carecemos en gran medida de estudios sobre la importancia de la influencia de los orígenes étnicos y culturales en el suicidio de los inmigrantes».[110]

En Europa, pronto habrá una población de setenta millones de inmigrantes con grandes dificultades psicosociales. Pero se suele desaconsejar enfáticamente que se lleven a cabo estudios transculturales: «La ley del 6 de enero de 1978, llamada "Informática y libertad", prohíbe la recogida de datos sociales, étnicos o religiosos».[111]

En esta población increíblemente heterogénea, todos los marcadores del malestar están en números rojos:[112] mala salud, ingresos que apenas permiten sobrevivir, hábitat indigno. En estas condiciones, la educación de los niños resulta difícil: la morbilidad-mortalidad «accidental» es elevada y los suicidios no son infrecuentes.

Frente a estos movimientos de población, las peores estrategias son la cohabitación y la marginalización.

En la cohabitación, dos grupos comparten un mismo territorio. Cuando el contexto social está en paz, uno y otro se ignoran mutuamente. Pero ante la primera dificultad económica que surge o tras un accidente cualquiera, cada grupo atribuye al otro la causa de su malestar: de ello resultan violentos conflictos.

La marginalización de los inmigrantes es la que peores problemas provoca. En el grupo que ha sido marginado se instala pronto un proceso de socialización arcaica: la ley del más fuerte. Un joven psicópata, cuya violencia es reforzada por cierto número de esbirros subyugados, impone su ley. La cultura de acogida no tiene más remedio que construir muros y enviar a la policía. Con esta estrategia, todo el mundo se siente infeliz.[113]

El problema se plantea en términos de opción política: asimilación o integración. Cuando el grupo recién llegado se funde y desaparece en la cultura de acogida, se habla de asimilación. Cuando un extranjero respeta las leyes del país que lo acoge y adquiere los valores de su nueva cultura hasta el punto de convertirse en un actor social, se considera que está integrado.

El destino de estas poblaciones difiere según las estrategias de aculturación. Cuando se estudia (como se hace en algunos países, no en Francia) el destino de estos grupos, se descubre fácilmente la aparición de algunos indicadores de bienestar: mejora de la salud, disminución de las depresiones y de las conductas antisociales, protección y educación de los niños.

Cuando la asimilación es forzada, los padres, en su deseo de salvar a su familia, aceptan ese contrato. Se callan, no hablan nunca de sus orígenes ni de las razones por las que emigraron. Su adaptación social pasa por la sumisión y el silencio. Este sufrimiento mudo instaura para los hijos de inmigrantes una base de seguridad extraña. Esto explica la «paradoja de la segunda generación». El niño se apega a un padre o a una madre a quien ama, pero que, sin embargo, le angustia. «Amo a mi padre, pero su tristeza me agobia. Le reprocho algo, pero ni sé qué es porque no habla. Sus orígenes o las razones que le obligaron a dejar su país son vergonzosas y sus motivaciones oscuras.» La historia de los padres constituye un capítulo de la historia de los niños. Cuando los padres callan, alteran el proceso de identificación de sus hijos.

La asimilación forzosa (por la política o por las circunstancias) destruye las raíces y conmueve de este modo las identificaciones de los niños que se desarrollan acompañados de padres que se han convertido en bases de inseguridad: «La aventura social no es para mí. Miren de dónde vengo, miren a mis padres». La ausencia de tradiciones, la falta de transmisiones de valores, la propia lengua de los orígenes, convertida en la lengua del misterio, de la vergüenza y de los secretos que los niños no deben oír, enturbian el desarrollo.

La asimilación forzada provoca una especie de desgarro familiar entre lo que se puede decir y lo que hay que ocultar. La política de asimilación extingue a los inmigrantes, quienes curiosamente se suicidan poco. En Canadá, sufren en silencio y se suicidan la mitad que los canadienses autóctonos.[114] En Alemania, los turcos de inmigración reciente se suicidan menos que los hombres de la población de acogida.

En este proceso de asimilación, la que estalla es la segunda generación. Los hijos de los turcos emigrados a Holanda se suicidan cinco veces más que la población general e infinitamente mucho más que sus padres. Lo mismo ocurre con los inmigrantes en Suecia.[115] Los hijos de los inmigrantes marroquíes se suicidan tres veces más que los de la cultura de acogida. Los latinoamericanos de la segunda generación se deprimen, se drogan y se alcoholizan más que sus padres.

A pesar de haber nacido en el país de acogida, a pesar de las ayudas sociales, a pesar de su buen rendimiento escolar, que en algunos grupos es mejor que el de los niños de la población de acogida,[116] tienen la impresión de ser rechazados como lo son sus padres sumisos, dejados de lado, degradados. De ello resulta un sentimiento amargo o incluso hostil hacia la cultura de acogida. La segunda

generación se deprime, se droga y a veces se suicida porque ha sido privada de una base familiar que le aporte seguridad. Los padres, infelices y silenciosos, no han podido ofrecer a sus hijos la confianza en sí mismos porque la política de asimilación había reducido el orgullo de sus orígenes, transmisor de los valores.

«Las relaciones entre salud mental y migración son, sin embargo, claras y evaluables.»[117] Es posible cifrar la tasa de depresiones, el exceso de gasto médico y psiquiátrico, los comportamientos antisociales y los fracasos escolares que exacerban la desigualdad de ingresos.[118]

Los inmigrantes constituyen una población frágil que fragiliza a sus hijos. Cuando antes de emigrar algunos individuos estaban ya enfermos, los innumerables traumas los quiebran o revelan una vulnerabilidad que no se habría expresado en un medio estable. Toda población, sea cual sea la cultura, contiene un 1 % de esquizofrénicos, lo cual es un argumento en favor de un determinismo genético. Pero en un grupo de inmigrantes se encuentran 2,7 %,[119] lo cual es un argumento en favor de un determinismo ambiental.[120]

Cuando la primera generación de inmigrantes se asimila sin decir palabra, sus hijos, inseguros y avergonzados de sus orígenes, protestan contra la cultura de acogida e idealizan la cultura de origen como un paraíso perdido. Cuando las circunstancias aíslan a los recién llegados y les hacen sufrir más todavía, se convierten para sus hijos en padres asustados-asustadores que alteran la segunda generación. Los indicadores del malestar son todavía más flagrantes:[121] disociación psicótica, depresiones, fracasos escolares, gasto médico y psiquiátrico, comportamientos antisociales, numerosas tentativas de suicidio.

Dilución cultural e ideas suicidas

Cuanto mayor es la dilución cultural, mayor es el riesgo de suicidio que corren los individuos del grupo en cuestión.[122] Cuando la cultura se diluye (pocos encuentros, pocos rituales, pocas razones para practicar la ayuda mutua), el nicho afectivo que rodea al niño ya no es una base de seguridad. El niño no puede adquirir confianza en sí mismo, ningún esfuerzo tiene sentido si no se dirige a una figura de apego, el menor acontecimiento puede convertirse en algo que precipite el suicidio. En EE.UU. las minorías africanas, asiáticas e hispánicas constituyen grupos en los que los marcadores de bienestar están disminuidos: mala salud física y psíquica, pocos diplomados, ingresos bajos,

pocos viajes, poca lectura, poco ocio, fuerte delincuencia. La mortalidad de los niños negros es elevada, la esperanza de vida de las mujeres es mucho menor.[123]

En estos grupos con dificultades, los dos factores más protectores son la *solidaridad del grupo inmigrante* y sus *transacciones con la cultura de acogida*. Por debajo del umbral de pobreza, que afecta al 24 % de negros, 22 % de hispánicos, 11 % de asiáticos y 8 % de blancos, no existen prácticamente apoyos.[124] Hay que destacar que entre los «chinos» (como llaman los norteamericanos a los asiáticos), los hmong están mucho más desocializados (64 %) que los camboyanos (33 %). Evidentemente, no es el color de la piel lo que determina la calidad de la integración, sino la transacción cultural entre el grupo inmigrante y la cultura de acogida. Los camboyanos, que han sufrido enormemente del autogenocidio, han conservado una cultura de origen que los solidariza. Trabajan intensamente para adquirir la lengua, los rituales y los valores del país de acogida. Los niños que nacen en estos grupos de inmigrantes no tienen en absoluto el mismo nicho afectivo que los niños hmong, cuyo nicho está diluido, es silencioso y depresivo. Entre los camboyanos, es sin duda doloroso, pero las estructuras familiares que se mantienen y los esfuerzos de aprendizaje aportan seguridad y dinamizan a los niños.

La paradoja de la segunda generación puede encontrarse también dentro de un mismo grupo: los mexicanos nacidos en México y luego emigrados tienen menos trastornos que los nacidos en EE.UU.[125] Los hijos de inmigrantes han tenido que superar menos pruebas y sin embargo sufren más del rebajamiento de la imagen de sus padres. Los que emigraron sufrieron dificultades reales: fatiga, estrés, poca higiene, hábitat insalubre y oficios agotadores, pero en su mundo psíquico vivían una luna de miel: el sueño norteamericano iba a hacerles felices, ricos y libres, y permitiría que sus hijos se realizaran.

La segunda generación conoció mejores condiciones materiales, pero tuvo que identificarse con padres agotados, explotados y a menudo mal integrados. Tras la euforia del sueño norteamericano de la primera generación, la caída fue dura para los hijos. Ha sido posible comparar a un grupo de adolescentes mexicanos que habían permanecido en México, con esperanzas de emigrar, con un grupo de adolescentes mexicanos nacidos en Texas.[126] La generación de hijos de inmigrantes tenía muchos problemas. Se advertían numerosos estados depresivos, con ideación suicida. La obesidad era impresionante, con asma y trastornos fisiológicos. El abandono escolar había guiado a los niños hacía la

droga y la delincuencia. La ausencia de política de acogida no había permitido a los padres elegir su modo de aculturación. Ni asimilados ni integrados, habían constituido un grupo marginalizado, regido por la ley del más fuerte y del sálvese quien pueda. Fue en un medio así donde los niños se desarrollaron, sin rituales culturales ni transmisión de los valores familiares.

La asimilación obliga a los padres migrantes a renunciar a su cultura de origen, lo cual los transforma en una base insegura. Así pierden su efecto apaciguador y su capacidad para enunciar prohibiciones. La asimilación brutal no da tiempo a los inmigrantes para adquirir los rituales y los valores de la cultura de acogida. Durante decenas de años, la angustia flota en estas familias. Los niños, entonces, deben hacer una elección desgarradora. Sintiéndose excluidos de la cultura de acogida, idealizan la cultura de sus orígenes, en la que no son mejor aceptados. Cuando, por el contrario, rechazan la cultura de origen para adquirir mejor los valores de la cultura de acogida, ello suscita en los padres un sentimiento de traición que provoca un desgarro familiar.

Al principio, EE.UU. favoreció una política de asimilación brutal, que los padres aceptaron con tristeza. Pero sus hijos no se convirtieron por ello en norteamericanos, constituyeron una minoría vergonzosa, infeliz, agresiva, alcohólica y suicida.[127]

Las políticas de asimilación fueron abandonadas por EE.UU., Canadá, Australia e Israel. Diversos países llevaron a cabo contraexperiencias, ayudando a los hijos de inmigrantes a redescubrir la cultura de sus orígenes, mientras aprendían la lengua, las leyes y los rituales del país de acogida. El refuerzo de la cultura de los inmigrantes facilitó la integración de los niños. La revalorización de las culturas de origen, sepultadas u «olvidadas» por los padres, les dio la posibilidad de constituir para sus hijos un modelo identificatorio, aportarles seguridad y enunciar prohibiciones.[128]

El proceso de integración, en el que el orgullo de los orígenes se asocia al placer de aprender la cultura de acogida, conduce a una asimilación sin violencia. Aunque seamos descendientes de polacos, de africanos, de italianos o de magrebíes, dentro de algunas generaciones todos tendremos ancestros galos.

Hay que destacar que no es el paso del tiempo el que favorece las asimilación, sino la política de integración.[129] Cuando la segunda generación no ha sido rodeada por estructuras culturales perifamiliares, se comprueba la formación de islotes culturales. Ciertas minorías no integradas, que se avergüenzan de sus orígenes y detestan la cultura de acogida que los degrada, se organizan en grupos

hostiles y desesperados. Tal es el caso de los cien mil *falashas* de Israel. Este grupo de judíos etíopes acumula factores de riesgo: perseguido por los musulmanes en Etiopía, perseguido durante su fuga por el desierto, todavía no ha podido ser bien acogido en Israel, donde se sospechaba que una gran parte de ellos se habían convertido al judaísmo por razones económicas. Huían de una civilización nómada, silenciosa y rutinaria para ir a dar a ciudades en guerra, hiperactivas y ruidosas, cuya cultura y alegría son interpretadas como rasgos arrogantes por los países vecinos.

La crisis de identidad de los hijos de la segunda generación es muy dolorosa. Los escolares piden ser separados de los blancos y reivindican su piel negra como un factor de identidad.[130] Este mecanismo de defensa colectivo es muy costoso, ya que no sólo altera la socialización de los niños, sino que además afecta a su autoestima y les hace tener una imagen desvalorizada de sus orígenes. Las evolución de esos pequeños falashas tiende al aislamiento, la debilidad en la escuela, una red de amistades mediocre, paro, soltería, vulnerabilidad física y psíquica, soledad que hace surgir ideas suicidas.

Los polinesios de Nueva Zelanda, al principio, estaban mal encaminados, hasta el momento en que se constató que «los maoríes demuestran tener una resiliencia notable» desde que se puso en marcha una política cultural de integración.[131]

La creación de numerosas asociaciones deportivas y culturales en torno a estos niños cambió radicalmente su modelo operante interno. «La generación joven experimenta incluso un placer de vivir superior al de sus mayores.»[132] El trabajo de integración se hizo en relación con el lenguaje de los orígenes (lengua, mitos, arte) y el aprendizaje de las técnicas de civilización antiguas y modernas. Los índices tales como el color de la piel, la morfología o incluso la filiación demostraron no tener más valor que el color de los ojos. Una evaluación hecha recientemente, que compara a esos jóvenes maoríes con los inmigrantes no maoríes, muestra que los polinesios que, gracias a las nuevas creaciones culturales, estaban orgullosos de sus orígenes aceptaban con mayor facilidad los valores occidentales que los asiáticos recién llegados. Los inmigrantes indochinos, arrancados de su cultura de origen, traumatizados por la guerra y el estrés de la aculturación y considerados como extranjeros en Nueva Zelanda, no han tenido tiempo aún de llevar a cabo este trabajo de integración. En esta población se ha evaluado en un 33 % el número de trastornos psíquicos, contra el 12 % en la población general. Es en este contexto de sufrimiento familiar y de rechazo cultural donde los pequeños indochinos deberán aprender a vivir.

Cuando a un entorno cargado de rechazo como éste se añade violencia familiar, la probabilidad de ideas suicidas es importante.[133]

En todos los países, los inmigrantes, sean cuales sean sus orígenes, sus religiones y sus culturas iniciales, han manifestado su preferencia por las políticas culturales de integración[134] que proponen asociar el orgullo de los orígenes al placer de adquirir una nueva forma de vida. Sus hijos se han beneficiado así de dos culturas, como quien aprende dos lenguas. Todo el mundo sale ganando.

Hay que reconocer que la modernización rápida de estos últimos años no favorece este proceso, porque los niños, además del trabajo de integración, tienen que soportar el «choque de civilizaciones». El cambio fulgurante que se ha dado en China ha provocado una epidemia de suicidios, sobre todo en las chicas.[135] Desde hace mucho tiempo, ellas se suicidan mucho en China: cuando se prometían y su dote era miserable, se ahorcaban tras el matrimonio con el fin de salvar el honor de la familia.[136] Hoy día, cuando la urbanización de las megalópolis diluye los vínculos familiares, impide los rituales de encuentro, vacía los campos y aumenta la soledad, se hace difícil frenar el pasaje al acto de una chica impulsiva.

Todo aquello que teje un vínculo tiene el efecto de una obligación que da seguridad. El apego no es ni un impedimento ni una prohibición. Es un entendimiento biológico, afectivo y social que tutoriza nuestros desarrollos, pero no en cualquier dirección. Cuando uno se vincula, puede desarrollarse, pero ya no se lo puede permitir todo.

Todo aquello que desgarra el vínculo facilita el pasaje al acto suicida. El compromiso afectivo, familiar y cultural constituye la protección más eficaz contra el deseo de morir, a condición de que la sociedad organice las instituciones y los lugares de encuentro donde se tejerán los vínculos.[137]

La transmisión intergeneracional impone una identificación que proporciona seguridad, siempre y cuando los relatos propongan una representación de la cultura de los mayores, gracias a las novelas, los filmes, los ensayos y los testimonios.

La ausencia de obligaciones se vive a menudo como un abandono, una divagación que diluye el sentido y deja emerger la angustia. La soledad es una pérdida de libertad cuando, sin nadie que nos oriente, nos dejamos arrastrar adonde nos lleva el viento.

1. Batt-Moillo, A., Jourdain A., *Le suicide et sa prévention*, Rennes, Éditions de l’École Nationale de la

Santé Publique, 2005.
2. Durkheim, É. (1897), *Le suicide*, París, PUF, 1999. [Hay trad. cast.: *El suicidio*, Madrid, Akal, 1985.]
3. Terra, J.-L., «Les questions de santé publique et de recherche qui se posent dans le domaine de la prévention du suicide justifient-elles de nouveaux recueils de données?», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2002, 50, pp. 41-48.
4. Leguay, D., «Quelles campagnes de prévention contre le suicide?», en A. Batt-Moillo, A. Jourdain, *Le suicide et sa prévention, op. cit.*, p. 95.
5. Volant, E., *Culture et mort volontaire. Le suicide à travers les pays et les âges*, Montreal, Liber, 2006, p. 193.
6. Pourtois, J.-P., Cyrulnik, B., *École et résilience*, París, Odile Jacob, 2007.
7. Debout, M., «Séminaire Eisai», Lourmarin, 23 de abril de 2011.
8. Aouba, A., Pequignot, F., Camelin, L., Laurent, F., Jougla, E., «La mortalité par suicide en France en 2006», DREES, *Études et Résultats*, septiembre 2009, n.º 702.
9 . Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., «Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies», *Suicide Life Threat Behavior*, 2001, 31 (4), pp. 367-385.
10. Shafit, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., Derrick, A., «Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents», *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142 (9), pp. 1.061-1.063.
11. Misión Unicef, RDC, septiembre de 2010.
12. Cyrulnik, B., en Brisset C., *Défenseure des enfants*, Droits de l'enfant, 2007.
13. Pfeffer, C. R., «Assessing suicidal behavior in children and adolescents», en R. A. King, A. Apter (eds.), *Suicide in Children and Adolescents*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp. 211-216.
14. Borod, J., *The Neuropsychology of Emotion*, Nueva York, Oxford University Press, 2000.
15. Wasserman, D., Cheng, Q., Jiang, G. X., «Global suicide rates among young people aged 15-19», *World Psychiatry*, 2005, 4, pp. 114-120.
16. Beck, F., Guilbert, P., Gautier, A., *Baromètre santé*, Saint-Denis, INPES, 2005.
17. Anawait, B. D., «Male reproductive endocrinology», *The Merck Manual*, online Medical Library for Health-Professionals, 2007.
18. Ceverino, A., López-Castroman, J., Baca-Gargia, E., «Évolution du risque suicidaire au cours de la vie de la femme», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, París, Flammarion, 2010, pp. 163-168.
19. Rutter, P., Soucar, E., «Youth suicide risk and sexual orientation», *Adolescence*, 2002, 37 (146), pp. 289-294.
20. Las cifras varían de acuerdo con las culturas, las épocas y las decisiones socioculturales.
21. Veyne, P., «L'Empire romain», en Ph. Ariès, G. Duby, *Histoire de la vie privée*, París, Le Seuil, 1985, p. 217. [Hay trad. cast.: *Historia de la vida privada*, Madrid, Taurus.]
22. Camus, A., «Le mythe de Sisyphe», en *Essais*, París, Gallimard, «La Pléiade», 1942. [Hay trad. cast.: *El mito de Sísifo*, Madrid, Alianza, 2006.]
23. Romano, H., *Dis, c'est comment quand on est mort?*, Grenoble, La Pensée sauvage, 2010.
24. Lonetto, R., *Dis, c'est quoi quand on est mort?*, París, Eshel, 1988, p. 86.
25. Freud, S., «Au-delà du principe de plaisir», en *Essais de psychanalyse*, París, Payot, 1951. [Hay trad. cast.: *Más allá del principio del placer*, Barcelona, RBA, 2002.]
26. Ferrari, P., «Mort chez l'enfant (concept de)», en D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio, *Dictionnaire de psychopatologie de l'enfant et de l'adolescent*, París, PUF, 2000, pp. 425-427.
27. Hannier, T., «Parlons prévention de suicide», comunicado de prensa del 25 de mayo de 2011 (41 suicidios de menores de 14 años en 1986, 22 en 2007).
28. Kallery, I., Courtet, P., «Orientation sexualle et identité de genre», en P. Couret, *Suicides et tentatives de suicide, op. cit.*, p. 174.
29. Caspi, A., Sogden, K., Moffit, T., *et al.*, «Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5.HTT gene», *Science*, 2003, n.º 301.
30. Arango,Y., Undwood, M. D., Mann, J. J., «Post-mortem findings in suicide victims. Implications for *in vivo* imaging studies», *Annales*, Nueva York, Academy of Sciences, 1997, 836, pp. 269-287.

31. Évrard, P., «Stimulation et développement du système nerveux», en J. Cohen-Solal, B. Golse, *Au début de la vie psychique*, París, Odile Jacob, 1999, p. 80.
32. Harlow, H. F., «The nature of love», *American Psychologist*, 1958, 13, pp. 637-685.
33. Higley, J. P., Linnola M., «Low central nervous systems serotoninergic activity is trait like and correlates with impulsive behavior. A non human primate model investigating genetic and environmental influences on neurotransmission», *Annales*, Nueva York, Academy of Sciences, 1997, 836, pp. 39-56.
34. Booi, J. L., Swenne, L. A., Brosshot, J. F., *et al.*, «Tryptophan depletion affects heart rate vulnerability and impulsivity in remitted depressed patients with a history of suicidal ideation», *Biological Psychiatry*, 2006, 60, pp. 507-514.
35. Courtet, P., Olié, É., «Que nous apprennent les neurosciences sur la vulnerabilité suicidaires?», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, *op. cit*., pp. 39-41.
36. Cacioppo, J. T., Fowler, H., Christakis, N. A., «Alone in the crowd. The structure and spread of loneliness in a large social network», *Journal of Personality and Social Psychology*, 2009, 27 (6), pp. 977-991.
37. Suomis, S. J., «Attachment in Rhesus monkeys», en J. Cassidy, P. R. Shaver, *Handbook of Attachment*, Nueva York, The Guilford Press, 1999, pp. 182-192.
38. Weinstock, M., «The long term behavioral consequences of prenatal stress», *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2008, 12, pp. 1.073-1.086.
39. Bustany, P., Seminario Ardix, París, 1 de febrero de 2011.
40. Bennett, A. J., Lesch, K. P., Traskman L., «Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primale CNS function», *Medicine Psychiatry*, 2007, 7 (1), pp. 118-122.
41. Caspi, A., Sugden K., Moffit T. E., *et al*., «Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene», *op. cit*., pp. 386-389.
42. Charney, D. S., «Psychological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress», *Focus*, 2004, 2 (3), pp. 368-391.
43. Cacioppo, J. T., Fowler, H., Christakis, N. A., «Alone in the crowd. The structure and spread of loneliness in a large social network», *Journal of Personality and Social Psychology*, *op. cit*., pp. 977-991.
44. Rudatsikira, E., Muula, A. S., Yziya, S., Twa-Twa S., «Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda», *BMC Psychiatry*, 2007, 7 (1), p. 67.
45. Houdé, O., «Se développer, c'est aprendre à s'inhiber», *La Recherche*, julio-agosto 2005, 388.
46. Bateman, A., Fonagy, P., *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder*, Oxford University Press, 2006.
47. Courtet, P., Picot, M. C., F. Belliver, *et al*., «Serotonin transporter gene may be involved in short term risk of subsequent suicide attemps», *Biological Psychiatry*, 2004, 55 (1), pp. 46-51.
48. Chomiller, J., Duyme, M., *Adoption: un lien pour la vie*, Marsella, Solal, 2009, p. 149.
49. Se podría definir el modelo interno operatorio como la representación que nos hacemos de lo que nos ha sucedido y de nuestra forma de establecer relaciones afectivas.
50. Saucier, J.-F., Marquette, L., «Cycle de l'adolescense, processus sociaux et santé mentale», *Sociologie et Société*, 1985, 27 (1), pp. 7-32.
51. Eibl-Eibesfeldt, I., *Éthologie. Biologie des comportements*, *Naturalia et Biologia*, París, Éditions Scientifiques, 1972, p. 356. [Hay trad. cast.: *Biología del comportamiento humano: manual de etología humana*, Madrid, Alianza, 1974.]
52. Deslauriers, J.-M., Tremblay, G., Genest-Dufault, S., Blanchette, D., Desgagnés, J.-Y., *Regard sur les hommes et les masculinités*, Quebec, Laval, Presses Universitaires de Laval, 2010, p. 101.
53. Centlivres, P., Fabre, D., Zonabend, F., *La fabrique des héros*, París, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1998.
54. Anawait, B. D., «Male reproductivity endocrinology», *The Merck Manual*, *op. cit*.
55. Barbu, S., «Filles et garçons: ensemble mais le plus souvent à part», *Psychomédia*, diciembre 2009-febrero 2010, 23, pp. 29-32.
56. Franc, N., Puper-Ouakil, D., «Particularité des enfants et des adolescents», en P. Courtet, *Suicides et*

tentatives de suicide, *op. cit*., p. 179.

57. Dulac, G., *Aider les hommes... aussi*, Montreal, ULB, 2001.

58. Chiland, C., *Changer de sexe, Illusion et réalité*, París, Odile Jacob, 2011, p. 138. [Hay trad. cast.: *Cambiar de sexo*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.]

59. Mishara, B. L., Tousignant, M., *Comprendre le suicide*, Montreal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004.

60. Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., Maugham, B., «Personality disorder and the mental representation of early social experience», *Development and Psychopathology*, 1994, 6, pp. 375-388.

61. Hamus, M., *La résilience: à quel prix? Survivre et rebondir*, París, Maloine, 2001.

62. Bunch, J., Baraclouch, B., «Suicide following death of parents», *Social Psychiatry*, 1971, 6, pp. 190-193.

63. Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G. P., Bell, K. L., «Attachment and adolescent psychosocial functionning», *Child Development*, 1998, 69, pp. 1.406-1.419.

64. Guedeney, N., Guedeney, A., *L'Attachement. Concepts et applications*, París, Masson, 2006.

65. Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L., «Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence», J*ournal of Personnality and Social Psychology*, 1998, 74, p. 1.380-1.397.

66. Born, M., *Pour qu'ils s'en sortent. Les leviers de l'intervention auprès de jeunes délinquants*, Bruselas, De Boeck, 2011.

67. Nolen-Hoekesemas, S., Parker, L. E., Larson N. J., «Ruminative coping with depressed mood following loss», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, 67, pp. 92-104.

68. Shaffer D., «Suicide in childhood and early adolescence», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1974, 15 (4), pp. 275-291.

69. Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., Wasserman, D., «Restricted fatal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: A cohort study», *Lancet*, 2004, 364 (9440), pp. 1.135-1.140.

70. Scelles, R., *Liens fraternels et handicap. De l'enfance à l'âge adulte, souffrances et ressources*, Toulouse, Érès, 2010, p. 113.

71. Adams, J., Adams, F., «Effects of a negative life event and negative perceived problem-solving alternatives or depression in adolescents: A prospective study», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1993, 34, pp. 743-747.

72. Fonagy, P., Bateman, A., «The development of borderline personality disorder. A mentalizing model», *Journal of Personal Disorder*, 2008, 22, pp. 4-21.

73. Coutanceau, R., *Vivre après l'inceste*, París, Desclée de Brouwer, 2004.

74. Paolucci, E. O., Genuis, M. L., Violato, C., «A meta analysis of the published research on the effects of child sexual abuse», *Journal of Psychology*, 2001, 135, pp. 17-36.

75. X. Pommereau, *L'adolescent suicidaire*, París, Dunod, 2001.

76. M. Seguin, *Le Suicide*, Montreal, Éditions Logiques, 1991.

77. Se suele evitar la expresión «suicidio logrado», por su matiz de aprobación. Con todo, la palabra «logrado» (en francés *réussi*) sería etimológicamente adecuada, ya que *re-uscire* ha dado en italiano *uscita* (salida, desenlace fatal).

78. Dervic, K., Brend, D. A., Oquendo, M. A., «Completed suicide in childhood», *Psychiatric Clinics*, 2008, 31, pp. 271-291.

79. Beautrais, A. L., «Child and young adolescent suicide in New Zealand», *Australia NZJ Psychiatry*, 2001, 35 (5), pp. 647-653.

80. Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt , S. W., «Suicides children grow up rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during flow-up», *Journal American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 1993, 32 (1), pp. 106-113.

81. Brent, D. A., Baugher, M., Bridje, J., «Age and sex-related risk factors for adolescent suicides», *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 1999, 38 (12), pp. 1.497-1.505.

82. Sisk, L. L., Zehr, J. L., «Pubertal hormones organise the adolescent brain and behavior», *Front Neuroendocrinal*, 2005, 26, pp. 163-174.

83. Kern S., «Poupées contre voitures: différences filles-garçons dans le développement du langage», en Gaïd Lemaner-Idrissi (dir.), «Devenir garçon, devenir fille», *Psychomédia*, diciembre 2009- febrero 2010, 23.

84. Fonseca, A. C., Damiao, M. H., Rebello, J. A., Oliviera, M. F., Pinto, S. J. V., Université de Coïmba (Portugal), *Congrès de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, París, 29 octubre 2004.

85. Tremblay, G., Lheureux, P., «La genèse de la construction de l'identité masculine», en J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette, J.-Y. *Desgagnes, Regards sur les hommes et les masculinités, op. cit.*

86. Perrot, M. (dir.), «De la Révolution à la Grande Guerre», en P. Ariès, G. Duby, *Histoire de la vie privée*, *op. cit*., tomo 4.

87. Dahl, R. E., «Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. Key-note adress», *Annales*, Nueva York, Academic Science, 2004, 1.021, pp. 1-22.

88. Black, D., Blum, N., Fohl, P., «Suicidal behavior in border-line personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention», *Journal of Personality Disorder*, 2004, 18, pp. 226-234.

89. Ladame, F., Ottino, J., Wagner, P., *Adolescents suicidaires, adolescents suicidants*, París, Masson, 1995, pp. 124-131.

90. Herba, C. M., Ferdinand, R. F., Van Der Ende, J., Verhulst, F. C., «Long-term association of childhood suicide ideation», *Journal of American Academic of Child hood and Adolescent Psychiatry*, 2007, 46, pp. 1.473-1.481.

91. Baudelot, C., Establet, R., «Lecture sociologique du suicide», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, *op. cit.*, p. 14.

92. Bowlby, J., *Soins maternels et santé mentale*, Ginebra, OMS, 1951.

93. Baudelot, C., Establet R., «Lecture sociologique du suicide», *op. cit*., p. 16.

94. Hall, C., «Sweet home», en P. Ariès, G. Duby, *Histoire de la vie privée*, *op. cit*., tomo 4, pp. 80-82.

95. Le Breton, D., *Anthropologie de la douleur*, París, Métailié, 1995, pp. 173-190. [Hay trad. cast.: *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral, 1999.]

96. Cochet, F., *Jeux du foulard et autres jeux d'évanouissement*, París, L'Harmattan, 2010.

97. APEAS, Association de Parents d'Enfants Accidentés par Strangulation (Asociación de Padres de Niños Accidentados por Estrangulación), www.jeudufoulard.com.

98. Guedeney, N., Guedeney, A., *L'Attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*, París, Masson, 2009, pp. 98-101.

99. Rosenthal, P. A., Rosenthal, S., «Suicidal behavior by preschool children», *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141 (4), pp. 520-525.

100. *Observatoire de la violence à l'école*, Unicef, Debarbieux, 2011.

101. Mattei, J.-F., *La Barbarie intérieure. Essai sur l'immonde moderne*, París, PUF, 1999.

102. Observatoire des Inégalités, 2011.

103. Leblanc, L., «L'école: un lieu où la résilience peut se produire», en B. Cyrulnik, J.-P. Pourtois (dirs.), *École et Résilience*, París, Odile Jacob, 2007, p. 187.

104. Mannoni, M., *Éducation impossible*, París, Le Seuil, 1973, pp. 35-36.

105. Mannoni P., «École et résilience ou le noir de la mélan(é)colie», en B. Cyrulnik, J.-P. Pourtois, *École et Résilience, op. cit.*, p. 155.

106. Jean-Pierre Pourtois, comunicación personal.

107. Forma de referirse a los negros a partir de una vieja publicidad del chocolate de la marca Banania, en la que aparecía un negro que hablaba «mal» el francés. *(N. del t.)*

108. Robert, P., *La Finlande: un modèle éducatif pour la France*, París, ESF, 2009.

109. Bowlby, J., *Attachement et perte*, París, PUF, 3 tomos, 1978, 1984, y Cassidy, J., Shaver, P. R., *Handbook of attachment*, Nueva York, The Guilford Press, 1999.

110. Taleb, M., «Migration et suicide», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, *op. cit.*, pp. 169-

172.

111. Wintrob, R., Bennegadi, R., *Enjeux migratoires et santé mentale*, Hôpital Pompidou, 17-19 abril 2011.

112. Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Priebe, S., «Mental Health, Health care utilisation of migrants in Europe», *European Psychiatry*, 2008, 23 (S1), pp. 14-20.

113. Sam, D. L., Berry, J. W., *Acculturation Psychology*, Nueva York, Cambridge University Press, 2006.

114. Malenfant, E. C., «Suicide in Canada’s immigrants population», *Health Report*, 2004, 5 (2), pp. 9-17.

115. Hjern, A., Allebeck, P., «Suicide in first and second generation immigrants in Sweden: Acomparative study», *Social Psychiatry-Psychiatry Epidemiology*, 2007, 37 (9), pp. 423-429.

116. Observatorio de las desigualdades: cuando los padres no son diplomados, el 37 % de sus hijos harán estudios superiores, ya sean de origen europeo o magrebí. Los niños de origen asiático consiguen resultados todavía mejores (42 % los chicos, 70 % las chicas).

117. Wintrob, R., Bennegadi, R., *Enjeux migratoires et santé mentale*, Hôpital Pompidou, 17-19 abril 2011.

118. Tousignant, M., *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, París, PUF, 1992.

119. Selten, J. P., Sijben, N., «First admission rates for schizophrenia in immigrants in the Netherlands», *The Dutch National Register of Social Psychiatric Epidemiology*, 1994, 29 (2), pp. 71-77.

120. Veling, W., Selten, J. P., Mackenbah, J. P., Hoeck, H. W., «Symptoms at first contact for psychotic disorder: Comparison behavior native, Dutch and ethnic minorities», *Schizophrenia*, 2007, 95 (1-3), pp. 30-38.

121. Veling, W., Susser, E., Van Os, J., «Ethnic density of neighborhood and incidence of psychotic disorder among immigrants», *American Journal of Psychiatry*, 2008, 165 (1), pp. 66-73.

122. Kral, M. J., Arnakaq, M., Ekho, M., «Suicide in Nunavut: Stories from Inuit Elders», en J. Oakes, R. Riewe, S. Koolage, L. Simpson, N. Schuster (eds.), *Aboriginal Health, Identity and Rescue*, Winnipeg, MB, Studies Press, 2000, pp. 34-44.

123. Blank R., «An overview of trends and economic well-being by race», en N. Smelser, W. Wilson, F. Mitchell, *America Becoming*, Washington DC, National Academic Press, 2001, pp. 21-39.

124. Smelser, N., Wilson, W., Mitchell, F., *America Becoming*, *op. cit.*

125. Ortega, P., Rosenheck, R., Alegria, M., Desai, R., «Acculturation and lifetime risk of psychiatric and substance abuse disorders among hispanics», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000, 188, pp. 728-735.

126. Sam, D. L., Berry, W., *Acculturation Psychology*, *op. cit.*, pp. 323-327.

127. Harris, K., «The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families», en D. Hernandez, E. Charney (eds.), *Children of Immigrants*, Washington DC, National Academy of Science Press, 1999, pp. 286-315.

128. Kvernmo, S., «Indigenous people», en D. L. Sam, J. W. Berry, *Acculturation Psychology*, *op. cit.*, p. 233-250.

129. Ponizovsky, A. M., Ritsner, M. S., «Patterns of loneliness is an immigrant population», *Comprehensive Psychiatry*, 2004, 45, pp. 408-414.

130. Shabtay, M., «Living with threatened identities. The experience of Ethiopian youth in Israel living with a color difference in an ethnocentric climate», *Megamot*, 2001, 41, pp. 97-112.

131. Sang, D. L., Ward, C., «Acculturation in Australia and New Zealand», en D. L. Sam, J. W. Berry, *Acculturation Psychology*, *op. cit.*, p. 265.

132. Gee, S., «Happily even after? Positive aging in three New-Zealand cultural groups, Association of Gerontology», conferencia en Wellington, 2002.

133. Ward, C., Masgoret, A. M., Berno, T., Onc, A., «The psychological well-being of Asian students in New Zealand», en D. L. Sam, J. W. Berry, *Acculturation Psychology*, *op. cit.*, p. 267.

134. Eyou, M., Adair, V., Dixon, R., «Cultural identity and psychological adjustment of adolescent

Chinese immigrant in New Zealand», *Journal of Adolescence*, 2000, 23, pp. 531-543.

135. Hyeon Jung, Lee, *Suicide and Gendered Subjectivity in Northeastern Rural China*, Society for Medical Anthropology, 2011.

136. Lupu, F., sinólogo, comunicación personal, 7 de marzo de 2011.

137. Mishara, B. L., Tousignant, M., *Comprendre le suicide*, *op. cit.*, p. 96.

2. Prevenciones

Prevenir es adoptar disposiciones que impiden el acto suicida. Una vez entendido lo que nos conduce hacia la muerte, habría que intervenir en cada etapa de ese proceso con el fin de invertirlo y empujarnos hacia la vida, lo cual no siempre es fácil.

Las decisiones que se deben tomar para disminuir la cifra de un millón y medio de suicidios cada año en el planeta y de veinte millones de tentativas son innumerables.[138] Esto es quizá lo que explica que, en conjunto, las estrategias de prevención sean eficaces. Cuando se desarrolla un programa, se obtienen resultados, se salvan muchas vidas.

El análisis científico de la eficacia de esos métodos es más difícil. ¡Habría que componer, para tratarlas mediante dispositivos diversos, algunas cohortes de cien mil suicidas y comparar el número de muertos! No es realizable, ni metodológicamente ni éticamente, por supuesto.

Cuando se ha tratado de comprender el suicidio en términos teológicos, las religiones monoteístas han encontrado soluciones para expiar ese pecado. Cuando se ha preguntado a los filósofos qué pensaban al respecto, han respondido que se trataba de una última libertad. Jean-Étienne Esquirol, el alienista psiquiatra del siglo XIX, explicaba que había que estar loco para suicidarse. Luego Émile Durkheim, el fundador de la sociología, afirmó que las presiones sociales podían explicar este terrible gesto.

Para comprender este fenómeno hoy día, se tiende a no fragmentar el saber, a integrar las informaciones biológicas, afectivas, psicológicas, sociológicas y culturales.

Esta actitud epistemológica plantea nuevas preguntas:

¿Por qué hay más suicidios en los países del este de Europa, como Estonia, Lituania, Rusia, Bielorrusia o Ucrania?

¿Por qué las personas mayores se suicidan cada vez menos, aunque sigan siendo las más numerosas? La curva de los suicidios de adultos desciende un poco. Sin embargo, la edad media del suicidio disminuye. Los cuerpos de los

suicidados son cada vez más jóvenes.[139]

¿Por qué el género influye en la cifra de suicidas y la manera en que se dan muerte? ¿Por qué en China las chicas se suicidan cada vez más y los chicos cada vez menos? ¿Por qué ocurre al revés en Occidente, donde la curva de suicidios de los chicos ha subido el 33 % en algunos años, mientras que la de las chicas ha bajado un 13 %?

¿Por qué los musulmanes se suicidan tan poco y los agnósticos mucho más?

Es comprensible que la precariedad social, fuente de aislamiento y de toda clase de desgracias (pérdida de empleo, dificultades domésticas, divorcios, trastornos psíquicos, enfermedades del estrés), cause desesperación y abra la puerta a la muerte. Pero ¿cómo entender que la cultura del ocio desempeñe un papel principal en la prevención de los suicidios? Las ciudades del norte del Japón tenían una tasa de suicidios enorme. Cuando ciertas municipalidades instauraron un importante programa cultural y otras no lo hicieron, lo que se llevó a cabo fue una especie de experimentación espontánea: la tasa de suicidios disminuyó en un 50 % en las ciudades que habían organizado el programa cultural y de ocio.[140]

Estos resultados provienen de fuentes tan diferentes que la MOS propone un abordaje «ecológico» que integre los datos neurológicos, educativos y socioculturales.[141] En todos los países en los que se ha instaurado una política de prevención, la tasa de los suicidios ha descendido claramente (Escandinavia, Hungría, Canadá).

El único dato fiable al 100 % es que si no se hace nada, se dará vía libre a todo aquello que conduce a la muerte. Pero si se toman decisiones médicas, familiares, educativas, escolares y culturales, la inversión tendrá su rédito, que ya ha sido evaluado: cuanto más pronto se invierte, más beneficiosos son los resultados.[142]

Esta política de prevención deberá orientarse:

- Hacia el desarrollo de la persona: genética, condiciones del embarazo, estructura del nicho afectivo de los primeros meses, modelos identificatorios familiares, fratrías.
- Hacia las estructuras que hay alrededor: funcionamiento familiar, cultura de barrios, escuela, actividades perifamiliares, ocio.
- Los relatos culturales tienen una función importante: los mitos, prejuicios y estigmatizaciones pueden provocar epidemias de suicida,

mientras que las explicaciones y los relatos que valorizan los impiden.

Prevención en torno al nacimiento

Todos los programas de prevención tienen su eficacia, aunque la evaluación de los resultados sea imprecisa.

Todavía no hay un programa destinado a los más pequeños, mientras que los datos recientes aportados por las neurociencias demuestran que la infancia temprana es un período determinante, no del suicidio, sino en la adquisición de una vulnerabilidad emocional. Según las condiciones del contexto (familiar, escolar o cultural), esta huella neurológica puede facilitar el pasaje al acto.

No es fácil controlar los antecedentes familiares, una familia de suicidas, a todos los que tienen un bajo transporte de serotonina, o la violencia intergeneracional, pero es posible reconocerlos de tal forma que se pueda determinar el tipo de entorno que convendría para tutorizar un neodesarrollo resiliente.

En las familias en las que hay suicidios, se puede sostener el mismo razonamiento. El niño nace en un linaje en el que, en cada generación, alguien se suicida. Admitamos que genéticamente sea portador de un conjunto de genes que codifican la síntesis de una proteína corta que transporta poca serotonina entre las sinapsis. Este determinante genético es suficiente para explicar una gran sensibilidad ante los acontecimientos, pero ningún gen puede determinar un suicidio. Los padres sensibles en torno al recién nacido constituyen un hogar muy emocional que él tendrá que compartir. En este medio en el que todo acontecimiento es intensamente vivido, adquirirá una vulnerabilidad emocional suplementaria, una especie de aceleración. Cuando alcance la edad en que escuche ciertos relatos, sabrá que en cada generación un tío, un primo, una abuela, etc. se han suicidado. Tras haberse desarrollado en contacto con padres que provocan inseguridad y en quienes, a menudo, la intensidad emocional ha gobernado las relaciones cotidianas, se identifica con un modelo familiar en el que uno se da muerte para aliviarse de la vida.

En este esquema de desarrollo, la genética no tiene gran cosa que decir. En estas familias de suicidas el destino no es inexorable. Uno puede tomar el propio destino entre sus manos, cuando los padres consiguen establecer una pareja estable en la que cada uno aporta seguridad al otro. Al confiar mutuamente, cada uno de los padres se convierte en una base de seguridad.[143] El niño seguirá siendo sensible, pero no por fuerza depresivo. Si los relatos de su entorno

cuentan que ciertas familias suicidas han conseguido burlar el destino, habrá un nuevo modelo portador de esperanza que la familia le propondrá al niño.

Todavía queda la tarea de rescindir este contrato de infelicidad. Desde un punto de vista lógico, la prevención puede organizarse en tres tiempos.[144]

La prevención primaria

La prevención primaria impide la adquisición de los factores de vulnerabilidad más decisivos en el suicidio de los niños: la impulsividad, la inevitabilidad de pasar al acto. Cuando el nicho parental, en los cuidados cotidianos, estimula las neuronas prefrontales que inhiben la impulsión, cuando las mímicas faciales y las posturas de los que proporcionan cuidados estructuran la afectividad que enseña a un bebé a interactuar, cuando las palabras explican al niño la situación y cuando la cultura le da la posibilidad de expresarse, se instauran todos los procesos de control. A la inversa, cuando la desgracia altera las emociones parentales, el nicho empobrecido ya no aporta seguridad al niño.

En Francia, la prevención primaria social es buena, incluso es envidiada por los países vecinos: la Protección Maternal e Infantil (PMI), las guarderías y escuelas maternales. Sin embargo, la formación de los oficios de la primera infancia es muy dispar (puericultores, maestros de guardería, psicólogos, enfermeras, educadores, auxiliares, etc.). Convendría instaurar una universidad de la infancia temprana en la cual la teoría del apego, integrando los datos biológicos, afectivos, psicológicos y sociales, daría a los profesionales de la primera infancia una coherencia educativa y les permitiría compartir conocimientos. «¿No es ya hora de crear esos estudios específicos, que no esté ni subcualificada ni sobrecualificada, con las competencias específicas para el acogimiento de la infancia temprana?»[145]

Los países europeos buscan organizar una red de sostén en torno al recién nacido.[146] El entorno sensorial comienza al final del embarazo, porque en ese momento el pequeño empieza a inscribir en su memoria las emociones maternas que percibe. La epigénesis, las presiones ambientales que inducen al cerebro a funcionar de determinada manera, pueden organizarse mediante decisiones políticas: protección de las mujeres embarazadas, estabilización afectiva, permisos de maternidad y paternidad, ayuda a los padres con dificultades. Se trata de una verdadera red, compuesta por los padres, por su historia y por su familia, que deberá asociarse a los profesionales, acogedores educativos y, en

caso de necesidad, a los psiquiatras y psicólogos cuyas investigaciones clínicas y científicas son un punto de apoyo para todos los que tratan a la primera infancia.[147]

En 1980, los suecos, los finlandeses, los daneses y los noruegos tenían la tasa de suicidio más elevada de Europa. Una campaña de prevención y la formación de equipos de interacción precoz redujeron en un 40 % el número de suicidios en 10 años,[148] a pesar de que en Finlandia, sorprendentemente, la tasa de suicidio de chicas volvió a subir.[149] En Francia había una tasa similar, pero disminuyó mucho menos que en Escandinavia.

Mil proyectos locales (escuela, Iglesia, Ejército, diarios, televisión, novelas, guías explicativas comentadas por profesionales y no profesionales) se lanzaron bajo la autoridad de los ministerios de Educación y de Salud, con el fin de sensibilizar a la población. En conjunto, la evaluación de los resultados fue excelente, distinta en función de los países, y los progresos continúan hoy día.[150]

La prevención secundaria

Consiste en «hacerse cargo del problema desde el mismo comienzo de la aparición del trastorno, que puede así atajado».[151] Ya hay muchas instituciones y asociaciones que funcionan bien: PMI y REAAP (Red de Escucha, de Apoyo y Acompañamiento de los Padres). Numerosas asociaciones ayudan a los niños y los padres con dificultades. Bastará con darlas a conocer mejor, porque muchos padres jóvenes ignoran su existencia.

La prevención terciaria

Su objetivo es reparar los problemas existentes: retracción afectiva, aislamiento, abandono escolar, autoagresiones.

Todos los traumas precoces imprimen huellas de vulnerabilidad en la memoria biológica del bebé. Que padres exasperados lo manipulen con brusquedad a veces llega a desgarrar sus meninges. Las violencias a su alrededor, los gritos y las amenazas lo enloquecen y le impiden adquirir un apego seguro que, en caso de desgracia, podría protegerlo. El maltrato directo, los golpes en su cuerpecito o los abusos sexuales provocan graves trastornos del desarrollo. Pero son la

negligencia afectiva, el aislamiento sensorial o un entorno técnico demasiado deshumanizado los que alteran de forma duradera el desarrollo del sistema nervioso y el aprendizaje de los rituales de interacción que nos permiten vivir juntos. Ahora bien, en nuestra civilización, donde la cultura del *sprint* y las mejoras tecnológicas nos permiten trabajar a distancia, las condiciones familiares alejan a los padres y empobrecen el nicho afectivo. Si se quieren preservar los beneficios que nos aporta la tecnología y combatir los efectos secundarios de la dilución de los vínculos, es preciso organizar un nuevo nicho afectivo integrando en él a los padres, pero también a la familia extensa. Y si se quiere luchar contra las disparidades de género, hay que desarrollar los oficios de la primera infancia dando una formación más breve y más coherente.

En los niños, los medicamentos psicotropos pocas veces son útiles. Por el contrario, en los adolescentes y en los adultos la respuesta es clara: un grupo de suicidas potenciales que toma antidepresivos tiene un riesgo menor de suicidio que otro que los ha rechazado.[152] Las pulsiones suicidas provocadas por los medicamentos son raras en la práctica. Cuando ocurre, la prensa se hace mucho eco de ellas, para mayor provecho de las sectas antipsiquiátricas. Sin embargo, en el niño no son los medicamentos lo que puede impedir el suicidio; es la constitución fiable de un nicho afectivo y educativo, familiar y extrafamiliar.

Prevención en torno a la familia

Los cuerpos de quienes se suicidan son cada vez más jóvenes. ¡He aquí algo que quizá pone de manifiesto un efecto secundario de la mejor educación de nuestros hijos! Hablándoles cada vez mejor, se facilita su capacidad para hacerse conscientes de una serie de cosas, también para hacerse conscientes de la muerte. Algunos niños no depresivos y asombrosamente precoces quedan fascinados por ese extraño poder que supone darse muerte. Les dicen a sus amiguitos: «Un día me suicidaré», aunque no parecen tener ninguna razón para hacerlo. Cuando el desarrollo acelerado de su conciencia revela un fracaso del contexto, como el de una familia menguada o el aislamiento precoz debido a una enfermedad, un accidente u otra desgracia parental, la transacción con el medio puede hacer surgir una idea de muerte.

Ciertos niños se dan muerte aun cuando no tienen ningunas ganas de morir. Cometen un contrasentido: «Quería que mi vida cambiara, no quería que se detuviera», confesó Nicolás después de que le salvaran.[153]

También ocurre a veces que algunas personas de avanzada edad y también adultos y niños sienten impulsos de matarse ¡en el momento en que están recuperando la vida! Antes de la aparición de los antidepresivos, se enseñaba a los cuidadores que había que desconfiar del momento en que los melancólicos mejoraban. Tras haber estado psíquicamente muertos, inertes en la cama esperando que su vida se detuviera, entonces, en el momento en que volvían a sentir el placer de vivir era cuando hallaban la fuerza necesaria para matarse.

Este extraño impulso surge en casos muy infrecuentes bajo los efectos de medicamentos antidepresivos. La persona estimulada siente el impulso de matarse cuando todo va bien: «Temo sentir ganas de saltar por la ventana cuando recupero el placer de vivir», contaba una joven, asombrada y asustada por lo que experimentaba. Algunos adultos, que se han salvado gracias a los antidepresivos, deciden volver a tomarlos algunos años mas tarde, y se asustan al sentir un deseo de muerte provocado por el medicamento que les ha devuelto la vida.

A veces ocurre también que algunos adultos sientan de repente la tentación de la muerte en el momento de una felicidad extática. La intensidad de la emoción es tal que provoca la imagen de la muerte. ¿Quizá esta felicidad extrema despierta la huella de una pérdida precoz al estimular el sistema límbico de la memoria?

Los suicidios de niños son infrecuentes, pero tienen la significación del canario en las minas de carbón. Los mineros llevaban consigo a este pájaro porque es muy sensible al grisú. Muriendo él antes, indicaba a los hombres que el aire se había vuelto peligroso. En Quebec, la tasa de suicidios de niños ha aumentado en un 300 % en diez años.[154] Ahora bien: en las familias numerosas, estos suicidios son prácticamente inexistentes.[155] Esta constatación refuerza la idea de que las familias en las que hay apegos múltiples son las que mejor protegen a los niños.[156]

En las civilizaciones rurales, un niño, aun cuando esté lejos de la mirada de sus padres, siempre se halla bajo la vigilancia de algún adulto. Las culturas africanas tienen un eslogan para expresarlo: «Hace falta todo un pueblo para criar a un niño». Todo adulto está autorizado a intervenir para ayudar a un niño o para reñirlo. Como en una familia numerosa, el niño está siempre rodeado de figuras a las que está vinculado y con las que establece estilos afectivos diferentes: seguro y afectuoso con unas, inseguro y conflictivo con otras. El niño, en su constelación afectiva, puede orientarse hacia el tutor que más le convenga en su desarrollo.

Las nociones de familias tradicionales, monoparentales y extensas son tan polisémicas, tienen significaciones tan distintas, que ya no se sabe de que se está hablando. La familia «tradicional» (papá, mamá, la criada y yo) es una producción del occidente industrial que ha durado menos de dos siglos. «Esta familia conyugal no responde a una necesidad universal»,[157] la mayoría de las entre cuatro y cinco mil sociedades humanas catalogadas no la han conocido nunca.

Una familia monoparental puede estructurar un nicho rico. Cuando la madre, que estadísticamente tiene la custodia del niño, lo cría con otro hombre o con su propia madre, cuando trabaja y abre su hogar mediante primos, compañeros o vacaciones en grupo, el niño está rodeado como en un pueblo.

A la inversa, una familia ampliada puede ser un entorno pobre para un niño: el padre trabaja en el extranjero, la madre desaparece por la mañana y vuelve agotada por la noche. La familia diluida se envía tarjetas postales, cheques, y sólo se reúne en Navidad en casa de la abuela. Los niños, cuidados por una nevera y un televisor, se vinculan al mundo afectivo gracias a un teléfono móvil. Se distraen con Internet y juegos de video. Sobre el papel, la familia es muy amplia, pero en las interacciones cotidianas, las que tutorizan la afectividad y enseñan los rituales de las relaciones, estructura un nicho sensorial pobre, incapaz de aportar seguridad. Estas nuevas familias ricas, cultivadas, ampliadas y bien intencionadas aman a sus hijos a distancia. Demasiado lejos para un nicho afectivo que necesita el cuerpo a cuerpo. La dilución del vínculo es provocada mucho más a menudo por nuestros progresos técnicos que por una deficiencia parental.

Si queremos conservar los beneficios de nuestra civilización y sacrificar menos la aventura social de las madres (y también de los padres), hay que inventar la familia tipo cinco mil uno. Son muchos, tanto profesionales como voluntarios, los que pueden contribuir a imaginar estructuras perifamiliares. Las mujeres y los hombres que se interesan por la infancia temprana aman su oficio y estarán encantados de participar en la evaluación de las prácticas educativas. El escultismo y los patronatos benéficos laicos han sido menospreciados, cuando lo que se debería hacer es fomentar su evolución. El arte atrae a muchos adolescentes y el deporte tiene un efecto benéfico sobre la salud y la integración de los jóvenes. El culto a las estrellas deportivas, sin embargo, ha perdido su lado más inocente, que facilitaba el vínculo.[158]

En la familia, ya sea ésta tradicional, rural o moderna hiperactiva, lo que hace

al niño vulnerable es siempre un momento de aislamiento: desierto contextual cuando los padres están desbordados, desierto pretérito cuando un trastorno del desarrollo ha dejado en la memoria una huella que impide el dominio de los impulsos.

Un niño puede suicidarse sin ser suicida. Por eso los signos indicadores son difíciles de ver y de entender. El niño formula un malestar difuso que los adultos no llegan ni a imaginarse. ¿Cómo no iban a quedar estupefactos, alelados, pasmados ante el suicidio de un niño? ¡Impensable!

Los índices predictivos apenas son perceptibles y resultan poco fiables. Entonces se intenta describir ciertas poblaciones donde el riesgo de suicidio es mayor que en otros grupos humanos. Hay que tener en cuenta que este género de razonamiento provoca a menudo contrasentidos: «Dice usted que en Kazajistán hay muchos suicidios de niños. No estoy de acuerdo. Crecí en ese país y nunca oí hablar de suicidios de niños». Este tipo de observación, frecuente, nos permite comprender que lo que es cierto para una población (3,1 suicidios de niños de 13 años por cada cien mil habitantes en Kazajistán) no lo es para los individuos que componen dicha población. Para evitar este contrasentido, se puede decir que la población donde un niño corre más riesgo de suicidarse se encuentra en los países del este de Europa. Tal niño habrá padecido una orfandad precoz, una privación afectiva durante los primeros meses y luego, mal socializado, habrá vivido en condiciones adversas, sin una implicación religiosa o laica, sin soporte afectivo, sin relaciones y sin un proyecto.

Estas características no constituyen un cuadro predictivo fiable. La mayor parte de las veces, el niño con riesgo sólo evidencia uno o dos índices apenas significativos. Lo que pasa desapercibido es que se hace castigar, se declara culpable de una falta que no ha cometido, juega a torear el tráfico, atraviesa la calle corriendo, se muerde los labios, se araña el rostro en caso de una frustración benigna o se baja del autobús en marcha. El adulto, asustado, se enfada porque tiene miedo, pero nadie comprende que esos trastornos revelan una debilidad cognitiva, consecuencia del desenganche afectivo de un niño que se descuelga de la existencia.

La prevención consiste en establecer una relación de confianza, en tejer un vínculo que aporte seguridad, inscribir al niño en un club deportivo, un curso de música o simplemente enviarle tarjetas postales. Todas estas trivialidades son los ingredientes necesarios para tejer el vínculo de apego que, éste sí, es fundamental.

Se podría esquematizar las estrategias de prevención del siguiente modo.

La prevención profesional

En el adolescente, el adulto y la persona de edad avanzada, a menudo se consulta a los médicos, lo cual no significa que el paciente exprese su tentación de suicidarse.

Entonces cuenta un sufrimiento cuya expresión es aceptable: «Me duele el vientre... estoy cansado... estoy harta». Esta expresión sirve de máscara para lo que el posible suicida no llega a decir.

En el niño la cosa es todavía más difícil. Cuando los niños están depresivos, se aprecia su humor sombrío, se aíslan, tienen miedo de la escuela, se encolerizan, juegan menos y tienen preocupaciones mórbidas. Pero cuando no están depresivos, ¿cómo detectar la inminencia de un impulso suicida?

Sin embargo, los médicos, cuando durante su formación reciben entrenamiento para la comprensión de lo que puede ser una ideación suicida, pueden detectar un número no despreciable de casos.

La prevención no profesional[159]

Todo el mundo puede advertir si un niño ha sufrido pérdidas parentales al comienzo de su existencia, si ha padecido rupturas afectivas repetidas, si existen trastornos psíquicos en sus padres, si está inmerso en un ambiente violento o si el modo de vida de sus padres constituye una catástrofe.

En este caso, todo aquello que logra tejer vínculos de afecto es una protección: una llamada telefónica, una tarjeta postal, una charla, un acontecimiento que resulta trivial para una persona realizada tiene para un posible suicida el efecto de un rescate. La «guardia telefónica» («Llámame cuando quieras») ha dado buenos resultados que han sido evaluados en Italia.

La prevención destinada al público general

El mensaje más protector consiste probablemente en hacer entrar en los relatos colectivos la idea de «crisis suicida». «Deseas darte muerte, es un momento terrible en tu existencia. Es una crisis a la que habrá que encontrar una salida.» Los estereotipos de las décadas anteriores afirmaban más bien que los suicidas estaban locos, tarados o eran seres de espíritu débil. Las personas desesperadas se aislaban más aun y eso agravaba su desaliento, parecía confirmar que no había más salida que la muerte.

Prevención en torno a la escuela

La vulnerabilidad adquirida no basta para explicar la ideación suicida y el pasaje al acto. Es preciso también que las circunstancias culturales hayan creado en torno al niño un envoltorio afectivo deteriorado que revele ese fallo.

El factor precipitante proviene del grupo que rodea al niño, pero no puede ser la causa del gesto suicida. Se requiere una convergencia de riesgos individuales, familiares y culturales para que un acontecimiento desencadene la agresión mortal.

En la edad en que se acude a la escuela es cuando puede surgir el impulso de darse muerte. La prevención primordial que hubiera debido desarrollar los circuitos de las neuronas prefrontales y permitir así la inhibición de la acción no ha podido instaurarse debido a un aislamiento sensorial imprevisto. El niño no ha podido adquirir una estabilidad afectiva porque sus padres tenían dificultades conyugales (violencia, frialdad) o social (paro, agotamiento profesional). El niño se ha desarrollado en un medio donde se le hablaba poco y ello le ha impedido descubrir el efecto tranquilizador de la palabra. Con esta carga explosiva es como entra en la escuela.

El primer día en la escuela, dos niños de cada tres ya han instaurado ese sistema neurológico, afectivo y verbal que les permite sentir confianza en sí mismos. Para ellos, descubrir a sus nuevos compañeros es un juego. Hacer el esfuerzo intelectual que permite acceder a los conocimientos abstractos es un placer.

Un niño de cada tres no ha tenido la posibilidad de construir ese dominio de la pulsión que es una forma de libertad, ya que impide someterse a un determinismo emocional todopoderoso.

Es en la escuela donde se expresa ese fallo en la construcción de sí mismo. Sin embargo, la institución sólo puede resolver una parte de la carencia afectiva precoz. No se puede decir que la maestra es responsable del suicidio de un niño porque ella le ha reñido o le ha dado una mala calificación. Con anterioridad, toda una ontogénesis[160] tuvo que haber preparado la posibilidad de esa reacción desmesurada. La reacción de esa personita se articuló con una situación escolar que, para ella, debido a su desarrollo particular, adquirió una significación extrema y desencadenó una emoción que no tenía medios para controlar.

El 30 % de niños carecen de seguridad, lo cual no significa que sean suicidas. Establecen relaciones distantes, ambivalentes o confusas, poniendo de manifiesto un estilo afectivo que perturba sus relaciones cotidianas y los deja

mal situados para aprender en la escuela, para hablar bien, dejándolos a merced de sus propias emociones. Ciertos niños agreden a las personas a quienes aman, cosa que dificulta la ayuda. Otros niños difíciles de interpretar, confusos, incoherentes, desorientan al profesor, que no logra establecer con ellos una relación estable, educativa, que les aporte seguridad.

¡El 10 % de los niños escolarizados han pensado en suicidarse! Si se tiene en cuenta que hay una población de un millón de docentes y de varios millones de alumnos, se puede considerar un milagro que no haya más suicidios en la escuela.

En todo caso, en la escuela son corrientes el sufrimiento y la ideación suicida. Alicia, de 11 años, dice: «Nadie me quiere... Siempre sueño lo mismo. Tengo ganas de suicidarme, tengo ganas de suicidarme, tengo ganas de suicidarme... Siempre me veo en el techo de la clase de párvulos, siempre estoy ahí en ese techo y tengo ganas de saltar. Y aunque es un sueño, lo veo como realidad. Aunque esté despierta, sigo viendo las imágenes».[161] Cuando a la inmovilidad física exigida en la escuela se añaden un aislamiento afectivo y una dificultad de mentalización, el niño permanece prisionero de una representación de sí mismo desvalorizada. El aburrimiento somete al niño a esas huellas inscritas en su memoria que vuelven sin cesar, como una obsesión.

El 12 % de los niños son muy infelices en la escuela y el 18 % no lo pasan bien allí,[162] lo cual corresponde a cerca de un tercio de niños inseguros que tienen dolor de barriga cada día ante la idea de ir al colegio.

Los niños seguros, cuando les empujan y les insultan en la escuela saben cómo sobreponerse. Los inseguros sienten esas agresiones como un acoso, un trauma, y pasan a engrosar la población de niños que piensan en el suicidio.

La escuela realiza un espacio, una institución en la que se producen huellas emocionales al mismo tiempo que se recibe una instrucción. La evaluación, exacerbada por nuestra cultura de la competición, no tiene en cuenta el moldeamiento emocional que se lleva a cabo en la escuela. La huella neurológica que facilita la impulsividad puede quedar reforzada por el aislamiento o el acoso. Esta misma huella puede extinguirse cuando el niño teje vínculos con compañeros que aportan seguridad o profesores que, aun creyendo no transmitir sino enseñanzas, sirven sin saberlo de modelo identificatorio para el niño.

Ciertos niños, infelices en su hogar, mejoran en la escuela. Dicen sentirse apaciguados por su encuentro con un profesor que no siempre se da cuenta de

este hecho. Con ocasión de una actividad extraescolar, un taller de filosofía, una expedición cultural o para conocer la naturaleza, ha tejido el primer nudo de un nuevo vínculo que da seguridad.

Las calificaciones no elevan el nivel medio de los escolares,[163] pero algunos buenos alumnos se sirven de ellas para ejercer un dominio o para despreciar a los demás. La diferencia creciente entre los buenos alumnos, a menudo hijos de ricos y niñas precoces, provoca la amargura de los chicos de familias pobres y de los que se ausentan de la escuela. Ello explica, en parte, cierta violencia en la escuela y el rápido aumento de los suicidios de chicos en Occidente entre 1989 y 1995. Una política de prevención disminuyó esta cifra que, sin embargo, sigue siendo superior a la de las chicas.[164]

Todo aquello que diluye los vínculos en un grupo familiar o escolar (negligencia afectiva o aburrimiento) hace emerger las huellas de la vulnerabilidad precozmente adquirida. Cuando las circunstancias hacen que para el niño se pierda el sentido de lo que hace y vive debido a la exclusión o la humillación, esa debilidad puede volver a surgir. Por el contrario, puede quedar bajo control, sepultada o relativizada cuando el niño encuentra un sustituto familiar o cuando la escuela propone actividades educativas añadidas a la necesaria instrucción.

Así, la prevención del suicidio es posible.[165] No podrá curar las dificultades familiares, pero evitará que el niño sufra en la escuela, que sea acosado hasta tener una ideación suicida. El compromiso de los educadores es eficaz. En 1995, se observaba en Quebec un 40 % de niños que se sentían desamparados o incómodos en la escuela (contra el 30 % en Francia). A pesar de sus buenos resultados escolares, las niñas eran sobre todo las que sufrían. Algunos comentarios de filmes, explicaciones de textos y charlas mejoraron las gráficas. En 2004 ya sólo se encontraba un 22 % de niños infelices en la escuela.[166]

En EE.UU., el sufrimiento de los niños es similar: el 25 % de los alumnos tienen ideas suicidas, el 10 % han hecho intentos. ¡Entre 1981 y 1989, el 7 % de los suicidas tenían entre 5 y 9 años![167]

En Finlandia, los profesores aligeraron los programas y rebajaron la presión: entrada muy tardía en la escuela (6-7 años) y calificaciones aun más tardías (10-11 años). Pequeñas clases relajadas, docentes especializados (equivalente a lo que en Francia son las RASED, redes de ayuda especializada a alumnos con dificultades). ¿Es esto lo que explica los excelentes resultados escolares y la disminución en un 40 % de los suicidios en diez años?

Los niños en Corea del Sur son sobreestimulados en la escuela y reciben un entrenamiento intensivo a cargo de profesores privados en casa. Los resultados escolares son excelentes, pero la tasa de suicidios es elevada.

Se podría esquematizar de este modo la prevención periescolar en la escuela: acción, afecto, mentalización.

- La *acción* es un tranquilizante excelente. Los chicos tienen más necesidad de ella que las chicas, que prácticamente nunca son hiperactivas y en quienes la atención es más sostenida. La inmovilidad en la escuela exaspera a los chicos. El deporte asociativo, los juegos colectivos los apaciguan físicamente y mejoran su concentración, porque, en contra del estereotipo, toda acción muscular estimula y refuerza el cerebro.[168]
- El *afecto*, al tejer los vínculos de familiaridad, aporta seguridad al niño y le proporciona el placer de esforzarse en explorar el mundo mental de los demás y de adquirir conocimientos abstractos.[169] Cuando la seguridad afectiva facilita los rendimientos intelectuales, el niño aprende a expresarse. Si sufre alguna adversidad, sabrá buscarse él mismo el tutor de resiliencia capaz de sostenerlo. Todo encuentro que, en la escuela o en torno a ella, facilite que se teja un vínculo disminuye la probabilidad de que se exprese una debilidad impulsiva precozmente adquirida.
- La *mentalización*, al poner una sensación en forma de imágenes y de palabras, permite la elaboración de las emociones y que éstas se puedan compartir.[170] El niño ya no se siente solo en el mundo cuando hay un lugar donde expresarse y una persona familiar para escucharle.

En los niños «cuidados» por máquinas (Internet, televisión, teléfono móvil, juegos de video) aumenta mucho el riesgo de depresión cuando se pasan cuatro horas diarias delante de diversas pantallas. Esta cultura de la comunicación altera la cultura de las relaciones: en 1980, pasábamos el 16 % de nuestro tiempo en encuentros y charlando. En 1990 se pasó a un 6 % de tiempo libre consagrado a la palabra. Y en 2000 ya casi no hablábamos entre nosotros: sólo un 3 % del tiempo libre.[171]

El maestro no lo puede hacer todo. Se formó para instruir, ése es su contrato con la sociedad. Pero, de todas formas, se le puede rodear de estructuras

periescolares educativas en las que el niño pueda aprender a moverse, a amar y a comprometerse en su camino de vida.

Prevención en torno al suicidado

Uno no se suicida nunca solo del todo. Cuando se precipita al acto con ocasión de un distanciamiento afectivo o social y la muerte se lo lleva, arranca una parte del alma de quienes están cerca. Los que descubren el cuerpo del niño quedan profundamente afectados. Todos aquellos que asisten a la angustia de su familia, al abatimiento de sus compañeros, al pesar de sus profesores, a las torpezas de los vecinos, quedan afectados por esa muerte.

¿Cómo anunciar a los niños que un compañero de clase acaba de darse muerte? A veces han podido oír el ruido de su cuerpo estrellándose contra el suelo del patio del colegio, a veces lo habrán descubierto ahorcado. Frente a este hecho estrepitoso, en otros tiempos (no tan lejanos) se hacía como si tal cosa. Se impedía a los niños ver el cuerpo, se les impedía incluso hablar de ello para que no quedaran traumatizados. Los niños seguían viviendo con un agujero enorme en su representación de sí mismos: «De modo que uno puede morir así, como si tal cosa, por nada y sin que nada ocurra en el alma de quienes nos rodean. ¡Como si uno no hubiera vivido nunca! Este modo de impedir la empatía, arreglándoselas para que los niños no se representen el sufrimiento de los demás, constituye un entrenamiento para la perversión: “Sólo cuenta mi bienestar. La muerte de los demás no debe alterarme”».

Hoy día, vemos que se lleva a cabo un ritual de duelo excesivamente teatral. Cuando la muerte de un niño es un espectáculo terrorífico, cuando ha sido violado y después asesinado, cuando ha sido maltratado o cuando se ha destruido a sí mismo con una sonrisa, la gente inventa un ritual espectacular: todo el mundo de blanco para significar la pureza, mientras que para un adulto se lleva, en nuestra cultura, el negro del duelo. Muchos padres, de este modo, se sienten apoyados, pero algunos niños se van a su casa muy afectados y permanecen así de forma duradera. No hacer nada es un abandono, pero hacer demasiado no siempre es un apoyo.

En el trabajo de duelo, el teatro resulta necesario. No se puede dejar en el suelo el cuerpo de alguien cercano que acaba de morir, pero que todavía vive en nosotros, puesto que pensamos en él y se habla de él. Sabemos cómo hacer un ritual de duelo normal tras la muerte de una persona mayor o enferma. Se sabe que sufrir es moral, pero gracias a la escenificación uno se siente apoyado.

Esta reacción de legítimo sufrimiento y de protección cultural no es posible cuando un niño se suicida.[172] Se estima que tras el suicidio de un niño, diez personas sufren un desgarro duradero y unas treinta sufren una conmoción momentánea. Esto equivale a decir que cada año entre dos y tres mil personas empiezan un duelo patológico, un sufrimiento interminable mezclado con culpabilidad, vergüenza y cólera.

La evolución del sufrimiento de quien hace un duelo es distinta en función de su personalidad y de su apoyo familiar y cultural.[173]

En un primer período, hay una agonía psíquica, estupefacción, una negación intensa, casi delirante, de tan impensable que resulta lo real. «No es posible, no puede estar muerto, no puede haber hecho eso».

El dolor llega con la conciencia, con la aceptación de lo real: «¿Qué he hecho para que se diera muerte?». La vergüenza: «No vi nada, no entendí nada, soy un miserable». La cólera: «Fue a ver a un médico porque tenía dolor en el vientre, ese médico no hizo nada... el profesor provocó su muerte...».

El apoyo inmediato tiene que ser afectivo antes que psicológico: «Estamos cerca de ti, lloramos contigo. Nosotros también le queríamos...». Una intervención psicológica, si suscita demasiados interrogantes, puede agravar el sufrimiento de quienes están haciendo un duelo.[174] La familia, por supuesto, los hermanos, incluso el barrio, están invitados a dar su apoyo de un modo eficaz, pero también cometen algunas torpezas. Los afectados creen que nadie puede comprender una tragedia semejante. Entonces recurren a asociaciones de padres de niños muertos o suicidados. Allí, en efecto, se sienten menos mal y pueden, a pesar de todo, intentar un trabajo de duelo.[175]

La pertenencia cultural da forma a este apoyo, a este reconocimiento del derecho a sufrir. En Canadá, es conveniente no expresar el dolor. Uno tiene que reanudar lo antes posible su vida profesional y, como una ayuda a esta estrategia, el 50 % de los afectados toma[176] medicamentos.

En los países mediterráneos, por el contrario, no mostrar el dolor de uno en público sería considerado un insulto al muerto y a su familia.

En China, el barrio rodea a quienes hacen el duelo. Quienes conocen poco al difunto cantan sus alabanzas, mientras los más cercanos lo critican.[177]

Bélgica inventó el nuevo ritual de la «marcha blanca», que se está instalando en Europa.

Estas expresiones culturales diversas tienen todas ellas una finalidad común:

apoyar a los afectados, devolverle al muerto su dignidad y permitir un trabajo de duelo.

Cuando el contexto no efectúa estos rituales, interpretaciones persecutorias se añaden al dolor de la pérdida: «¿Por qué este silencio? ¿El médico ha actuado mal? ¿Mi marido lo ha empujado al suicidio? Cuando veo a mi mujer, pienso en la muerte de nuestro hijo». Los divorcios que a menudo se producen tras la muerte de un niño añaden mayor sufrimiento.

Cuando los compañeros en duelo comprenden qué es la muerte, sufren una conmoción y necesitan un apoyo comparable al de los adultos. Si nadie habla con ellos, ellos sí hablarán y los rumores y los fantasmas no tendrán freno.

Los que son demasiado pequeños para comprender la muerte, sufren por el dolor de los adultos que les rodean. Se quedan mudos, sombríos, silenciosos y les produce menos placer acudir a la escuela.

Desde hace algún tiempo se emplea la fea palabra «posvención» para designar los programas destinados a los alumnos y a los adultos tras el suicidio en la escuela de un alumno o de un profesor: «La experiencia muestra que los colegas acuden en gran número a estos espacios de escucha. Los chicos de la escuela sienten más la necesidad de encontrarse entre ellos, sin nadie del exterior».[178] Esta constatación implica la designación de dos referentes: un psicólogo o un voluntario formado con este fin, para hablar con los adultos. Y un alumno «mayor» que hablará con los niños en ausencia de adultos, pero que a su vez se remite a ellos.

«Las asociaciones han respondido a la problemática del suicidio antes de que las autoridades tomaran medidas.»[179] Voluntarios, personas en duelo, suicidas que han sobrevivido, universitarios e investigadores, se reúnen para asociar sus reflexiones y sus testimonios. Este modo de conocimiento produce ideas originales y prácticas. En estos grupos se habla mucho de posvención y de resiliencia, porque los padres heridos convierten su propio sufrimiento en prevención para los demás.

Fue el pastor Chad Karah quien, en 1953, publicó un anuncio en un diario: «Antes de suicidarse, telefonee a...». El éxito de esta escucha ofrecida fue tan grande que originó SOS Amistad.

En la actualidad, el trabajo en red entre diferentes organismos asociativos proporciona ampliamente las pruebas de su eficacia y organiza cada año una jornada para la prevención del suicidio. La UNPS (Unión Nacional para la Prevención del Suicidio) agrupa en Francia a treinta y ocho asociaciones

experimentadas que sensibilizan al público con la ayuda de los ministerios. El balance es convincente: «12.529 suicidios en 1986, 10.127 en 2007. En menores de 14 años, 41 suicidios en 1986, 22 en 2007».[180]

Se han registrado 4 suicidios de niños entre 5 y 9 años, a sabiendas de que en los más pequeños no es la idea de darse muerte lo que les empuja, sino una alteración cognitiva que les conduce a la muerte. La cifra de «accidentes no accidentales» es ciertamente más elevada.

La época posterior al intento de suicidio de un niño que sobrevive no es fácil. Cuando el gesto se ha llevado a cabo, queda inscrito en todas las memorias, obliga a cambiar el funcionamiento de la familia. Es preciso que las personas cercanas aporten más seguridad, sin exasperar al niño por vigilarlo demasiado. Este nuevo marco puede construirse en la vida cotidiana, de tal modo que permita reanudar los lazos con el entorno y dar inicio a un proyecto compartido,[181] pero hacer de la poscrisis un nuevo proyecto de existencia no siempre resulta fácil.

Las asociaciones desempeñan un papel capital en la prevención del suicidio, explicando el fenómeno, dando direcciones y luchando contra los prejuicios.

El «efecto Werther» demuestra que el simple hecho de aprender que uno se puede dar muerte por una pérdida amorosa sirve de modelo y provoca una epidemia de suicidios. Entonces, ¿por qué no organizar un «efecto anti-Werther»? Si las historias de vida nos enseñan que una simple palabra basta a veces para impedir el pasaje al acto, ¿por qué no pedir a los medios de comunicación que construyan narrativas que expliquen que el suicidio no es una fatalidad?[182] ¿Por qué no organizar redes de protección? Así, podría haber artículos en la prensa que explicaran que el impulso es controlable cuando se teje un vínculo que nos aporta seguridad. Esta simple información permitiría eludir la maldición que reza «en el suicidio no hay nada que hacer».

Esta nueva visión del suicidio permite no seguir buscando un chivo expiatorio (la madre, el profesor o la sociedad) por cuya causa se ha producido la desgracia. Es una constelación de determinantes lo que empuja al niño al acto. La lucha contra los prejuicios ya es un factor de prevención. Prevenir no es trivializar.

Difundir la noción de «crisis suicida» permite decir que «es un momento terrorífico y peligroso», pero que, tras la crisis, uno sigue con su vida, como esperan los pequeños suicidas.

Para reconocer estos momentos, los profesores se hallan en primera línea. No se trata de interrogar brutalmente a los niños: «¿Tú tienes ganas de matarte?».

Las conferencias sentenciosas sólo sirven para adormecer a los alumnos. Por el contrario, con ocasión de una actividad educativa, se puede dar la palabra a los niños en forma de cuentos.[183] Si son pequeños, se les pide que comenten algún cuento adecuado para comentar el sentimiento de rechazo, la dificultad para elegir la identidad de género o la angustia de ser abandonado. Con los niños «mayores», el comentario de una película, de una novela o un ensayo permite llevar a cabo el mismo trabajo psicológico.

Este tipo de intervención primaria en las escuelas ha permitido reconocer algunos signos precursores y alertar al entorno y a los profesionales.

Estas formas de dar la palabra no siempre tienen efectos sobre la ideación suicida, pero hacen saber al niño que puede acceder a un apoyo y que éste es a menudo suficiente para superar una crisis. Todo ello no se pude evaluar con precisión, pero no faltan los testimonios de niños que se han salvado.

Los programas de sensibilización destinados a los muy pequeños en las escuelas han suscitado una controversia. Hay quien piensa que todo este parloteo trivializa el suicidio y sugiere que darse muerte es una solución posible. «Muchos niños salen de esas reuniones extremadamente angustiados.»[184] Parece que este efecto puede deberse más bien al estilo del adulto. Los niños son muy sensibles a la retórica. El modo de hablar cuenta a veces más que el contenido del discurso. Si el adulto se pone a lanzar advertencias en tono grave, su discurso puede asustar al niño. Cuando, por el contrario, explica que el parajito que cayó del nido se reúne con sus padres que han volado para socorrerle, es posible pensar que el niño recibirá un mensaje de ayuda y no de desgracia inexorable.

Existen, sin embargo, prevenciones peligrosas. Como cuando los programas escolares convierten en héroes a los niños que han muerto, tal como se hace en los países en guerra. En el Medio Oriente, muchos niños se enamoran de la muerte. Si un ídolo cinematográfico o de la canción se suicida y las primera página de los diarios y las informaciones televisivas hacen de esta muerte una representación trágica y magnífica, tal énfasis puede provocar un sentimiento de éxtasis suicida, como se ve en las hipnosis colectivas de ciertas sectas.

Se registró un aumento de suicidios tras la muerte de Marilyn Monroe o cuando una tragedia semejante ha estado en primera plana en los diarios.[185]

Internet y los blogs desempeñan hoy día un papel de supermedio de comunicación que ha podido estimular algunos suicidios mediante la difusión de recetas o exhortaciones. Por fortuna, también ha desanimado a muchos al

explicar qué es una «crisis suicida» y proporcionar algunos números de teléfono.

Conclusión

El suicidio es un problema de salud pública. Algunas decisiones oficiales han mejorado de un modo importante la seguridad en la carretera. Lo mismo debe ocurrir con el suicidio.

Los suicidas, prisioneros de sus sufrimientos, creen que se trata de una última libertad que les queda, mientras que los estudios clínicos y científicos demuestran que se trata de un proceso que se dirige hacia un desenlace fatal... ¡cuando la cultura no hace nada!

En la época en que los saberes eran estancos, nos sometíamos a esa fatalidad. Se decía: «Es genético... es biológico... es familiar... es cultural». Se obedecía a estas representaciones, confirmando así la fatalidad. Desde que las investigaciones integran los datos, se admite que múltiples causas ejercen su presión en cada etapa del desarrollo, hasta el momento en que un acontecimiento precipitante empuja al acto. Entonces se descubre que es posible intervenir en cada etapa.

La genética tiene cosas que decir. Habla de hiperemotividad que no conduce al suicidio pero que vuelve a una persona sensible a cualquier acontecimiento.

La epigénesis interviene desde el final del embarazo y modifica la expresión de los genes, deja su huella en hábitos biológicos, comportamentales y emocionales.

La articulación entre la biología y el medio es poderosa en un momento sensible en que el nicho sensorial que rodea a un niño deja su marca en el psiquismo naciente. Los logros asombrosos de las neurociencias permiten hoy día fotografiar cómo un cerebro se ve llevado a funcionar según el modo en que su nicho es organizado por la historia de los padres y el contexto cultural. Una vulnerabilidad emocional puede adquirirse, pues, precozmente y quedar grabada en el cerebro del niño por el sufrimiento parental, sea cual sea su causa: orfandad precoz, maltrato físico o sexual, violencia, alcohol, enfermedad psiquiátrica, negligencia afectiva, divorcio conflictivo, agotamiento profesional, desorganización social o pérdida cultural.

En este sentido, el suicidio de un niño adquiere el valor de un revelador de disfuncionamientos sociales, como el canario en las minas de carbón que, al morir, revelaba a los mineros que el aire estaba viciado. Una vez que el control emocional está alterado, el menor acontecimiento puede ser un precipitante: una

mala calificación escolar, un distanciamiento sociocultural, una pena sentimental.

Los traumatismos no son infrecuentes en la aventura humana. En la población general, en Francia, un 60 % de hombres sufrirá una herida muy dolorosa y, de ellos, un 5 % quedará marcado para toda la vida; el 40 % de las mujeres correrán la misma suerte y más del 10 % sufrirán un síndrome postraumático. Esta población de heridos en el alma produce una tasa muy elevada de suicidas.[186]

Sólo serán capaces de reanudar un desarrollo resiliente aquellos que:

- Antes del trauma habían adquirido algún apego seguro.
- Durante el trauma, son agredidos por una fuerza exterior a la familia (catástrofe natural, agresión por un desconocido).
- Tras el trauma, pueden beneficiarse de un sostén familiar y sociocultural (afecto apaciguador, ayuda social, relatos explicativos y revalorizadores).

Cuando «estos traumas repetidos sobrevienen muy tempranamente en la vida, la alteración de las referencias simbólicas es mucho más profunda (incestos, relación con el otro sexo, barbarie, etc.)».[187]

Los niños cuyo desarrollo e historia apenas comienzan, a veces sufren traumas flagrantes (violencia física o sexual o abandono), pero producen mucho más deterioro las carencias repetidas, difíciles de reconocer, en las cuales las estructuras afectivas, sociales y culturales empobrecen el nicho sensorial que envuelve al pequeño, haciéndole perder así el apoyo que deberían aportarle. Cuando las privaciones son insidiosas y repetidas durante un período sensible del desarrollo, se inscriben en la memoria biológica e histórica del niño, alterando fuertemente la representación de sí mismo. «No valgo nada, ya que me usan y me tiran. Mi muerte no tiene ninguna importancia.»

Los traumas agudos, los que mejor se comprenden, producen probablemente menos deterioro que las condiciones adversas durante un período sensible[188] del desarrollo del niño.

Finalmente:

- Lo que mejor protege a un niño es un «pueblo».
- Lo que mejor teje su apego es el apaciguamiento de sus angustias y no la satisfacción de sus necesidades.

- Lo que permite la transacción entre la cultura de ese pueblo y el desarrollo de los niños que en él viven es la solidaridad que estructura los rituales cotidianos y da sentido a la existencia.

Ha habido pocos trabajos sobre el suicidio de los niños porque se creía que el fenómeno era tan infrecuente que se podía incluir en el suicidio de los adolescentes. Pero los mundos mentales de esos jóvenes suicidas son completamente distintos entre sí.

La idea de muerte, que tarda tanto en formarse, es alimentada por tres fuentes que se les escapan a los adultos educadores: conversaciones entre niños, series televisivas, suicidio de alguien cercano de quien los padres hablan disimuladamente. Sus comportamientos, que denotan abatimiento, sus murmuraciones llaman la atención del pequeño, hacen manifiesto el malestar e indican de un modo no verbal el lugar de la tragedia.

La epidemiología de los suicidios de los más pequeños (6-12 años) apenas se empieza a recoger:[189] el 87 % de los suicidios tienen lugar en el domicilio familiar. ¿Por qué se producen las tentativas, sobre todo, en la estación cálida, a comienzos de la semana y al final del día? Esta cronología, ¿designa acaso momentos de relajamiento cultural y familiar en los que el niño se queda solo con sus pulsiones mórbidas?

Antes de los 9 años, los pequeños suicidas ingieren cualquier medicamento. Hacia los 10 años, toman sustancias psicotrópicas para morir, lo cual demuestra que pueden encontrar esta clase de medicinas en el botiquín familiar y que los niños las asocian a la idea de la muerte. El género influye ya de por sí en la elección del gesto suicida: ahorcamiento en los niños, medicamentos y defenestración en las niñas. El motivo alegado es prácticamente siempre un conflicto, a veces anodino, con los padres (75 %). El gesto sólo es premeditado en el 20 % de los casos.

Más de la mitad de esta población infantil padece un cúmulo de violencias educativas: abandono (31 %), maltrato psíquico (21 %), agresión sexual (8 %), incesto (5 %). Gran parte de ellas se desarrollan dolorosamente en contacto con padres enfermos física o psíquicamente (23 %). Cuando el nicho afectivo es desgarrado por un divorcio (63 %) o la muerte de uno de los padres (19 %), cuando la familia permanece cerrada, sin amigos, sin aventuras, sin diversión, el menor cambio produce el efecto de un trauma. En las familias fusionales (12 %) el nicho está empobrecido porque el niño sobreinvestido sólo tiene la posibilidad de amar a uno de los padres. En tal caso, un simple cambio de domicilio puede

ser un acontecimiento precipitante.

Dos datos recientes demuestran la importancia de los cambios socioculturales en el suicidio de niños.[190]

Se nos decía que la precariedad social no desempeñaba un papel muy importante en el desarrollo doloroso de los niños. Esto era probablemente cierto en un contexto obrero y campesino, donde todo el mundo era pobre. Esta situación no impedía la solidaridad de las familias y de los barrios, donde la gente se ayudaba mutuamente en el trabajo y en la vida doméstica, donde los niños, en pequeñas bandas vigiladas de lejos por adultos, jugaban en el arroyo, donde había fiestas populares y se invitaba a los vecinos a los banquetes, a las bodas, donde había baile el sábado por la noche. En este contexto de pobreza social, no había miseria afectiva: el nicho estaba estructurado, el «pueblo» protegía a los niños.

La palabra «precariedad», hoy día ya no designa la misma forma de vivir juntos. Cuando se es precario, se está solo, en una vivienda minúscula, ruidosa y sin confort. Sin apoyo afectivo, no se habla con nadie. El sentido de la existencia sólo lo da la amargura de un empleo que nunca se encuentra o de una ayuda social condescendiente. En un contexto semejante, el nicho, terriblemente pobre, ya no aporta seguridad a los niños.

El segundo dato sorprendente nos dice que un niño suicida de cada dos vivía en una familia numerosa: ¡al revés de lo que nos enseñaba el sociólogo Durkheim y confirmaban los profesionales! También en este caso, la expresión «familia numerosa» no designa ya la misma forma de vivir juntos. Las culturas obreras y agrícolas mantenían una proximidad afectiva. Los niños veían a sus padres trabajando en los campos, en la casa y a menudo, incluso, les ayudaban. Los adultos hablaban entre ellos, junto a los niños, de los problemas de la fábrica. Los conflictos sociales alimentaban los debates y constituían una verdadera cultura popular. En las ciudades cercanas a las minas de carbón, todo el mundo conocía el nombre de los capataces, de los contramaestres experimentados, a veces amables y a veces sádicos. Cuando los relatos contaban las tragedias y las victorias de la mina o de la fábrica, los padres eran considerados héroes familiares. Las familias numerosas incluían a las familias de los vecinos y las historias del grupo social. En un contexto así, los vínculos amistosos o conflictivos se tejían fácilmente.

Hoy día se llama «familia numerosa» a una familia extensa que comprende padrastros, medio hermanos, medio hermanas, primos inciertos y estructuras de

parentesco difusas.[191] A veces, estas familias recompuestas permiten el entendimiento y el apego. A menudo el vínculo se diluye y los niños adquieren un apego ambivalente: no dudan en agredir a aquellos a quienes aman.

Desde que se ha advertido el fenómeno de la pubertad precoz en las niñas, se ha constatado una maduración cognitiva acelerada. Este adelanto contribuye a sus buenos resultados escolares y aumenta sus angustias y tentativas de suicidio.[192]

El suicidio de niños, fenómeno infrecuente, es una indicación de los trastornos afectivos provocados por nuestros cambios socioculturales.

Felizmente, los epidemiólogos, los clínicos y las asociaciones que estudian esta tragedia afirman que cuando se lleva a cabo una intervención, la evolución es a menudo favorable.

138. Houen, C. W., Mandell, D. J., Bertolote, J. M., *Prevention of Mental Ill-Health and Suicide: Public Health Perspectives*, París, Elsevier-Masson, 2010.

139. Wasserman, D., Cheng Jiang, G. X., «Global suicide rates coming people aged 15-19», *World Psychiatry*, 2005, 4 (2), pp. 114-120.

140. Motohashi, Y., Kaneko, Y., Sasaki, H., Yamaji, M., «A decrease in suicide rates in japanese rural town after community-based intervention by the health promotion approach», *Suicide Life Threat Behavior*, 2007, 37 (5), pp. 593-629.

141. WHO, Primary Prevention of Mental, *Neurological and Psychosocial Disorders*, Ginebra, OMS, 1998.

142. Heckman J. J., «Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children», *Science*, 2006, 312 (5.782), pp. 1.900-1.902.

143. Davies, P. T., Cummings, E. M., «Exploring children emotional security as a mediator of the link between mental relations and child adjustment», *Child Development*, 1998, 69, pp. 124-139.

144. Neyrand, G., «La dynamique d’un réseau de prévention psychique précoce. Résistances et perspectives», *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004, 1, pp. 103-125.

145. Rameau, L., Duval P., Cyrulnik B., «Accueillants éducatifs de la petite enfance», informe Jacques Attali, *Pour la croissance*, y Roselyne Bachelot, 2011.

146 . Wahlbert, K., Makinen, M., *Prevention of Depression and Suicide*, Luxemburgo, European Communities, 2008.

147. WAIMH (World Association Infant Mental Health), presidentes, P. Bernard Golse, Antoine Guedeney, Sylvain Missonier, Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, París.

148. Wahlbert, K., Makinen, M., *Prevention of Depression and Suicide*, *op. cit.*

149. Lahti, A., Räsänen, P., Riala, K., Keränen, S., Hakko, H., «Youth suicide trends in Finland, 1969-2008», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, septiembre 2001, 52 (9), pp. 984-991.

150. Amadeo, S., «“Benchmarking”: comment les Scandinaves ont-ils fait ? Prévention du suicide des pays nordiques à l’Asie/Pacifique», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide, op. cit.*, pp. 240-248.

151. Dugnat, M., *Troubles relationnels père-mère/bébé: quels soins?*, Ramonville- Saint-Agne, Érès, 1996.

152. Isacsson, G., Holmgren, P., David, P., Bergman, V., «The utilization of antidepressants – a key issue in the prevention of suicide: An analysis of 5.281 suicides in Sweden during the period 1992-1994», *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1997, 96 (2), pp. 94-100.

153. Citado por Olivier Revol, «Psyrene», Lyon, 6 de julio de 2011.

154. Pageau, M., Choinière, R., Ferland, M., Sauvageau, Y., Delevasseur, M., *Le portrait de santé*,

Quebec, Institut National de Santé, 2001.

155. Durkheim, É., *Le Suicide, op. cit.*

156. Bowlby, J., *Soins maternels et santé mentale, op. cit.*

157. Lévi-Strauss, C., *Histoire de la famille*, París, Armand Colin, 1986, tomo 1, p. 12.

158. Lelay, L., Bouhours, P., «Sport et résilience», Seminario Eurosport, 2010-2011.

159. Eagles, J. M., Carson, R. P., Begg, A., Maji, S. A., «Suicide prevention: A study of patient's view», *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, pp. 261-265.

160. Ontogénesis: desarrollo de un individuo desde su concepción. Una reflexión ontogenética implica poner en relación el estado de una persona con un estadio de su evolución en el momento en que se encuentra en una situación dada.

161. Pourtois, J.-P., Desmet, H., *L'Éducation implicite*, París, PUF, 2010, p. 128. [Hay trad. cast.: *La educación implícita*, Madrid, Editorial Popular, 2006.]

162. Observatorio internacional de la violencia en la escuela, Unicef, Debarbieux, 2011.

163. www.refusechecscolaire.org.

164. Deslauriers, J.-M., Tremblay, G., Renest Dufault, S., Blanchette, D., Desgagnés, J.-Y., *Regard sur les hommes et les masculinités, op. cit.*, pp. 318-322.

165. Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B., Hallet, P., «Personnal persistance, identity development and suicide: A study of native and non-native», *North American Adolescents Child Development*, Boston MA, Blackwell, 2000, vol. 68, 2.

166. Parent, G., Rhéaume, D., *La Prévention du suicide à l'école*, Montreal, Presses Universitaires du Québec, 2004.

167. Capuzzi, D., *Suicide Prevention in the School: Guidelines for Middle and High School Settings*, American Counseling Association, 1994.

168. Pessoa, L., «Emergent processes in cognitive-emotional interactions», *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2010, 12 (4), pp. 433-448.

169. Bretherton, I., Munholland, K. A., «Internal working models in attachment and relationships», en J. M. Cassidy, P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment*, NuevaYork, The Guilford Press, 1999, pp. 89-111.

170. Rimé, B., *Le Partage social des émotions*, París, PUF, 2005. [Hay trad. cast.: *La compartición de las emociones*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2012.]

171. Dufresne, J., *Après l'homme… le cyborg*, Quebec, Multimondes, 1999.

172. Hanus, M. *La Mort, le Deuil, le Suicide à l'école*, Burdeos, L'Esprit du temps, 2007, p. 81.

173. Séguin, M., Castelli-Dransart, D. A., «Le deuil suite à un suicide: symptomatologie et choix d'intervention», *Encyclopédie Médecine Chirurgicale*, París, Elsevier, «Psychiatrie et pédopsychiatrie», 2006, 37, 500-1.750, pp. 1-8.

174. Shear, M., Frank, F., Foa, E., «Traumatic grief: A pilot study», *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, pp. 1.506-1.508.

175. Paré, C., «Le rôle du centre de prévention du suicide de Québec auprès des écoles», en P. Ghyslain, D. Rhéaume, *La Prévention du suicide à l'école*, Montreal, Presses Universitaires du Québec, 2004.

176. Mishara, B. L., Tousignant, M., *Comprendre le suicide, op. cit.*, p. 148.

177. Lupu, F., ESAI, Seminario Lourmarin, 23 abril 2011.

178. Dubroca-Lafitte, B., «La mort d'un élève», Protocolo de acompañamiento escolar implementado en la Academia de Rouen, en M. Hanus, *La Mort, le Deuil, le Suicide à l'école, op. cit.*, p. 91.

179. Amadeo, S., «Quel rôle pour les associations dans la prévention du suicide», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide, op. cit.*, p. 317.

180. Hannier, T., «Parlons prévention du suicide», comunicado de prensa, 25 de mayo 2011.

181. Terra, J.-L., «La souffrance psychique: le suicide», en F. Bourdillon, G. Brücker, D. Tabuteau, eds., *Traité de santé publique*, París, Flammarion, «Médecine-Science», 2004, pp. 324-328.

182. Taylor, S. E., *Health behavior and primary prevention in Health Psychology*, Nueva York, McGraw Hill, 1999.

183. Tychey de, C., *Test des contes et clinique infantile*, París, 2010.

184. Velting, D. M., Gould, M. S., «Suicide contagion», en R. W. Maris, M. M. Silverman, M. S. Gould eds., *Review of Suicidology*, Nueva York, The Guilford Press, 1997, pp. 96-137.

185. Kahn, J.-P., Cohen, R., «Impact des médias sur le suicide, comment transformer l'»effet Werther» en prévention du suicide?», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, *op. cit.*, pp. 326-327.

186. Vaiva, G., Ducrocq, F., Jehel, L., Centre Asociado OMS, «Psychotraumatisme et risque suicidaire en France. Prévalences croisées dans l'enquête SMPE», *Stress et Trauma*, 2007, 7, pp. 69-77.

187. Vaiva, G., Ducrocq, F., «Syndrome du stress post-traumatique et risque suicidaire», en P. Courtet, *Suicides et tentatives de suicide*, *op. cit.*, pp. 151-154.

188. Stix, G., «The neuroscience of true grit», *Scientific American*, marzo 2011, 21, pp. 20-25.

189. Delamare, C., Martin, C., Blanchon, Y.-C., «Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de treize ans», *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2007, 55, pp. 41-51.

190. Delamare, C., Martin, C., Blanchon, Y.-C., *ibid*.

191. Théry, I., «Normes et représentations de la famille au temps du démariage. Le cas des fratries dans les familles recomposées», en *Familles et Politiques Sociales*, París, L'Harmattan, 1996. Y Bourguignon, O. (dir.), *Le Fraternel*, París, Dunod, 1999, pp. 173-183.

192. Szymanska, Z., Zelazowska, S., «Suicide et tentatives de suicides des enfants et adolescents», *Neuropsychiatrie Infantile*, 1964, 12 (12), pp. 715-739.

3. Cuatro proposiciones

1. En torno al nacimiento

- Estabilizar las interacciones precoces.
  - Al final del embarazo.
  - Durante los primeros meses de vida.
- Apuntalar la pareja parental.
  - Permiso maternal.
  - Permiso paternal.
- Luchar contra las rupturas afectivas repetidas.
- Dar coherencia a los oficios de la infancia temprana.
  - Creación de una universidad de la infancia temprana.
  - La teoría del apego, que integra los datos biológicos, afectivos, psicoanalíticos y socioculturales permite a los profesionales y voluntarios participar en las investigaciones y evaluar las propuestas.
- Dar una formación continua común a los médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, maestros y voluntarios es un factor de prevención precioso.
- Estimular los estudios sobre las fratrías. El poder moldeador de los niños entre ellos ha sido subestimado.
- La precocidad de los niños, valorizada por nuestra cultura, no es un factor de protección. Mejora los resultados escolares a costa de la angustia y trastornos relacionales.

2. En torno a la escuela

- Desarrollar las estructuras que funcionan como puntos de unión entre los maestros y las familias.
- Estimular las investigaciones sobre la educación implícita cuando, a los

programas escolares, se añaden los encuentros emocionales.

- Adaptar los ritmos escolares a los ritmos biológicos del aprendizaje.
- Proporcionar un sostén afectivo e intelectual a los niños con dificultades.
- Proporcionar un sostén a la parentalidad para los padres con dificultades.
- Crear lugares de palabra con ocasión de actividades artísticas: filmes que comentar, cuentos para completar, materiales pedagógicos para la prevención del suicidio, actividades compartidas culturales y naturales con tutores educativos.
- Retrasar las calificaciones escolares sistemáticas.
- Reinventar los rituales escolares de acogida y de promoción.
- Luchar contra el acoso en la escuela, que constituye un factor muy grave de vulnerabilidad.
- Combatir los efectos depresógenos de la inmovilidad psíquica, de la ausencia de vínculos y de la débil mentalización.
- Hacer el seguimiento de los niños adoptados o nacidos mediante reproducción asistida.
- Cuando ocurre una desgracia, organizar grupos de conversación entre adultos y grupos entre niños referidos a un adulto.

3. En torno a la familia

- Favorecer el «pueblo» protector y educativo que permite que las familias cerradas se abran.
- Reforzar las culturas de barrio: asociaciones, participación de los niños en actividades deportivas, sociales y sensatas, como los grupos excursionistas, las asociaciones benéficas, adaptados a los valores de nuestra nueva sociedad.
- Otorgar a los niños el derecho a dar comprometiéndoles en responsabilidades apropiadas para ellos.
- Publicar una lista que dé a conocer las redes de escucha telefónica, los lugares de encuentro y de ayuda inmediata.
- Invitar a los no profesionales a la formación continua. Los voluntarios motivados han demostrado su eficacia.
- Si ocurre una desgracia, hacer saber que la «posvención» existe.
- Proponer ayuda sin imponerla.

4. En la cultura

- Participar en los debates sobre la filosofía del suicidio.
- Incorporar a los relatos colectivos la noción de «crisis suicida» y no de fatalidad.
- Estimular las creaciones artísticas —filmes, novelas, teatro y ensayos— con el fin de que tengan un «efecto anti-Werther».
- Organizar en los barrios una cultura *de pueblo* en la que el ocio compartido posea un gran efecto preventivo.
- Participar en los mensajes de Internet y los blogs, controlando los consejos negativos y validando las ayudas preciosas que aportan esos encuentros tecnológicos.
- Defender la política cultural de la integración en la que cada cultura se presenta ante la otra y la refuerza.

Algunas direcciones

Basta con una colleja para pasar al acto, como basta con una palabra para aferrarse a la vida. Los participantes en el servicio telefónico SOS Amistad cuentan que, al final de una llamada, las personas en riesgo de suicidio dicen muy a menudo: «Gracias... gracias por haberme escuchado». Queda todo el trabajo por hacer, pero el gesto fatal se ha evitado.

He aquí algunas direcciones para intercambiar dos o tres palabras e invitar a un encuentro.

En Francia, la Unión nacional para la prevención del suicidio tiene por objetivo alertar, sensibilizar, informar a la opinión y a los poderes públicos de que el suicidio no es un tema tabú y de que una prevención del suicidio es posible.

La lista siguiente selecciona algunas asociaciones fuertemente movilizadas para la prevención del riesgo de suicidio en los jóvenes o para aportar algún apoyo a las familias tras el suicidio de un niño. Otras asociaciones muy útiles no han podido ser citadas aquí.

Europa
Humanium. Ayuda a los niños
Teléfono: (41) 22 575 30 04
www.humanium.org

Madrid y País Vasco
A.M.A.D. Asociación mutua de ayuda ante el suicidio
Teléfono: (0034) 91 300.06.90 / (0034) 94.528.83.10
www.amad.es
amad@telefonica.net

Cataluña
Després del Suïcidi-Associació de Supervivents (DSAS)
(Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes)
Espacio para el apoyo al duelo por la muerte por suicidio
www.despresdelsuicidi.org
info@despresdelsuicidi.org
Teléfono de atención: (0034) 662.545.199

Argentina
Asociación Argentina de Salud Mental (AASM)

Teléfono: (54 11) 4952-1923
www.assm.org.ar
administracion@aasm.org.ar

Chile
Sociedad Chilena de Salud Mental
Teléfono (57 77) 8051.479.34.61
www.schilesaludmental.cl
sociedad.saludmental@gmail.com

Colombia
Alianza para la niñez colombiana
http://www.alianzaporlaninez.org.co
correo@alianzaporlaninez.org.co

México
Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI)
Tel. (52 55) 5590 9187
http://www.ampiac.org.mx
info@ampi-ac.org

Título original en francés:
Quand un enfant se donne «la mort»

Traducción: Alfonso Díez

Diseño de cubierta: Marco Sandoval/Estudio Alterna
ePub: MGL

Primera edición: febrero de 2014, Barcelona

Avenida del Tibidabo, 12, 3.º
08022 Barcelona, España
Tel. 93 253 09 04
correo electrónico: gedisa@gedisa.com
http://www.gedisa.com

eISBN: 978-84-9784-792-6
Depósito legal: B.350-2014